

PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE: _____ SEGUNDA INICIAL: _____ APELLIDO: _____

Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Numero de Casa: _____ Numero de Celular: _____

Sexo asignado al nacer: Masculino Femenino

Identidad de género: Masculino Femenino Hombre transgénero/mujer a hombre
 Mujer transgénero/hombre a mujer Otro Elige no divulgar

Orientación sexual: Lesbiana o Gay Heterosexual (no lesbian/gay) Bisexual
 Algomás No se Elige no divulgar

Dirección: _____
(Dirección de Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Dirección de Envío (si diferente): _____
(Dirección de Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Recordatorios de citas / Confirmaciones / Avisos especiales / Compartir información

El correo electrónico y los mensajes de texto nos permiten intercambiar información de manera eficiente. Al mismo tiempo, reconocemos que el correo electrónico y los mensajes de texto no son un medio de comunicación completamente seguro, ya que estos mensajes pueden dirigirse a la persona equivocada o acceder de manera incorrecta durante la transmisión. Si desea que le enviemos correos electrónicos o mensajes de texto que contengan su información de salud, proporcione la siguiente información para autorizar a CCHD a comunicarse con usted y otros proveedores de atención médica para su atención y tratamiento médicos.

** Complete lo siguiente solo si la correspondencia de correo electrónico / texto está siendo autorizada:

Correo electrónico para enviarme información: _____

Número de teléfono para enviarme mensajes de texto: _____

*Si prefiere no autorizar el uso del correo electrónico / mensajes de texto, continuaremos usando el correo de los EE. UU. O el teléfono para comunicarnos con usted.

SU DOCTOR DE CUIDADO PRIMARIO _____ Dr. Royeen Dr. Curry Emily Eichelberger NP
TU DENTISTA: _____ Dr. Watson Dr. Johnson Dr. Buskirk
FARMACIA PREFERIDA: _____ @ _____

Etnicidad	<input type="checkbox"/> No Hispano / No Latino	Raza	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático
	<input type="checkbox"/> Hispano / Latino		<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Blanco
	<input type="checkbox"/> Desconocido/ No Reportado		<input type="checkbox"/> Mas de una raza	<input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo
			<input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacifico	<input type="checkbox"/> Negado

Estado Civil: Soltero Casado Legalmente Separado Divorciado Viudo

Es usted estudiante? No Si Veterano? No Si Trabajador migrante? No Si

Viviendas: Dueño Renta Publicas/ Basado- en Ingresos Viviendo con amigos/ Familia Sin hogar

Cual es la cantidad aproximada de los ingresos anuales del hogar? _____ Tamaño de familia _____ Negarse a Reportar

El paciente necesita interprete? No Si Español / Frances / Lenguaje de señas

Si el paciente es menor de 18 anos, el padre o guardian necesita interprete?
 No Si Español / Frances / Lenguaje de señas

El paciente tiene un poder notarial para atención medica / DIRECTIVA AVANZADA/ orden de no resucitar / tutor orden de la corte? No Si *En caso afirmativo, porfavor proporcione una copia.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FDN: _____

INFORMACIÓN DE CONTACT DE EMERGENCIA:

Nombre: _____

Relación: _____ Numero de Telefono: _____

INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE* Persona a ser facturada si no es el paciente

Primer Nombre: _____ MI: _____ Apellido: _____ Sufijo: _____

Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Numero de telefono: _____

Todos los clientes tienen derecho a tratamiento por la Clínica de Salud/ Salud Conductual /Dental del Condado Cass sin discriminación por edad, raza, color, religion, sexo, orientación sexual o origen nacional.

La información anterior es verdadera y correcta a mi conocimiento.

Yo acepto responsabilidad completa por mi cuidado y el cuidado de mi hijo y libero a la Clínica de Salud/ Salud Conductual / Dental del Condado Cass y al personal de todo y cualquier responsabilidad por cualquier resultado adverso que pueda ocurrir debido a mi rechazo de seguir el plan recomendado de tratamiento.

Yo autorizo la Clínica de Salud/ Salud Conductual / Dental del Condado Cass para proporcionarme servicios y liberar información necesaria para facturar, procesar, y recibir pago de los Beneficios Medicos/ Dentales (seguro privado, Medicare, o Medicaid, etc.) por servicios Medicos y Profesionales Proporcionados.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE: Yo entiendo que es mi responsabilidad leer y seguir la información contenida en este aviso. Todos los clientes tienen derecho a tratamiento por la CCHC/ CSHC/ CCDC sin discriminación por edad, raza, color, religion, sexo, orientación sexual, o origen nacional.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD: Mi firma debajo tambien indica que me han proporcionado una copia de el "Aviso de Prácticas de Privacidad" del CCHD. Entiendo que es mi responsabilidad hacer cualquier pregunta que tenga.

Firma de Cliente (o padre): _____ Fecha: _____

Como escuchaste de nosotros? Periodico Amigo/ Familia Cartel Radio Otro _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FDN: _____

RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

Gracias por escoger a la Clínica de Salud/ Dental del Condado Cass para su cuidado medico/dental. Nuestro personal valora su tiempo y esperamos que usted en turno valore el nuestro. En orden para mejor servirle tenemos las siguientes políticas de la oficina para que usted revise y lea. Estar de acuerdo con estas polizas nos permite proporcionar un mejor cuidado de manera eficiente y oportuna.

PAGO

- Todo pago/ copago por los servicios proporcionados debe ser colectado en el tiempo del servicio.
- Elegibilidad para servicios debajo de Illinois Medicaid serán determinados antes de empezar cada visita.
- Debe traer su tarjeta de aseguranza actual a cada cita. Si la elegibilidad no puede ser verificada, se le pedira pagar por el servicio.
- Cualquier servicio no pagado por Medicaid, Medicare, y/o aseguranza medica/ dental sera su responsabilidad pagar.
- Cualquier paciente con un balance previo se le pedira que consulte con nuestra Oficina Financiera para hacer un plan de pago para eliminar la cantidad previa.
- Yo entiendo que si mi cuenta es referida a una Agencia de Colecciones yo ser responsable por los costos de colección incurridos.

DESCUENTO

- Ofrecemos un plan de descuento que permitira a los pacientes que han proporcionado comprobante de ingresos para recibir servicios a un precio razonable. Su costo es determinado por los ingresos del hogar y el tamaño de la familia.
- El descuento esta basado en el Departamento de Salud de los Estados Unidos y las Guias de los Servicios Humanos.

CITAS

- Es su responsabilidad recordar su cita. En orden para que podamos proporcionar una llamada de cortesia un numero de telefono actual es requerido. Es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio.
- El personal llamara a confirmar las citas. Usted debe contestar o regresar la llamada el dia de trabajo antes, antes de medio dia o su cita sera cancelada.
- Si su numero de telefono es desconectado o no actualizado o su correo de voz no funciona, su cita se le dara a otro paciente.
- A los pacientes nuevos se les pedira llegar 30 minutos antes de su cita para completar el formulario de paciente nuevo.

TRATAMIENTO DE MENORES

Todos los menores deben ser acompañados por un tutor legal o el tutor legal debe dar permiso por escrito para que otro individuo lo acompañe via la completación del Formulario Apoderado. Dependiendo del tratamiento que sera proporcionado el tutor legal puede ser requerido estar en el sitio para dar consentimiento informado excepto en casos cuando los menores buscan cuidado tal como permitido por la Ley Estatal de Illinois.

HOGAR MEDICO CENTRADO PARA LOS PACIENTES

Un hogar medico centrado para los pacientes es un sistema de cuidado en cual un equipo de profesionales trabajo adjunto para proporcionar todas sus necesidades de cuidado de salud. Nosotros usamos la tecnologia, como registros medicos electrónicos para comunicar y coordinar su cuidado y proporcionar los mejores resultados posibles para usted. Usted el paciente, es la parte mas importante del hogar medico centrado para los pacientes. Cuando usted toma una parte activa en su salud y trabajo junto con nosotros, usted puede estar seguro/a de que esta recibiendo el cuidado que necesita!

Yo entiendo y estoy de acuerdo con las politicas escritas anteriormente.

Firma

Fecha

3

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FDN: _____

Consentimiento Para Liberar Información a un Miembro Familiar o un Cuidador Designado

Los nombres que figuran a continuación están permitidos a que se les libere información de la Clínica de Salud/ Salud Conductels/Dental del Condado Cass con el consentimiento firmado debajo.

Nombre	Relación	Numero de Telefono

Firma _____ Fecha _____

*Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento por medio de una solicitud escrita.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FDN: _____

Si el paciente es menos que 18 años de edad- por favor complete esta sección

Escuela _____ Grado Escolar _____

A/C Elem A/C Junior High A/C HS Beardstown HS

Beardstown Grand Beardstown Gard Beardstown Jr. High BCA

Virginia Elementary Virginia Jr. High Virginia HS Otro _____

Alternative Pre-Escolar (Nombre) _____

- *Este niño vive en el Condado Cass? No Si
- *Este niño atiende una escuela en el Condado Cass? No Si
- *Este niño es un hermano/a de un estudiante de la escuela del Condado Cass? No Si

Apellido de soltera de mama: _____

Yo, como el representante/ padre/ tutor autorizado de este paciente, autorizo a las siguientes persona(s) para transportar, acompañar, autorizar y dar su consentimiento a cualquier radiografía, examen, medico, dental, psiquiatrico, o diagnostico psicológico o tratamiento que sea proporcionado por el personal de CCHC/CCDC. Todos los proveedores pueden discutir el cuidado de el paciente con las siguientes persona(s).

Iniciales	Nombre	Relación	#Telefono
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Este paciente (12 años o mayor) y puede presentarse y recibir diagnósticos, tratamiento, y instrucciones sin supervisión adicional.

Iniciales _____
SOLAMENTE yo
Iniciales _____

105 ILCS 129: <http://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=2935&ChapterID=17>

El Centro de Salud Escolar del Condado de Cass (CCSHC) consiste en una asociación fluida de agencias locales confiables dedicadas a la salud y el bienestar de su hijo. La sociedad incluye; Un médico, enfermera practicante o asistente médico, dentista, higienista dental, enfermera y consejero de salud mental estándares disponibles, según los horarios, para proporcionar atención primaria de salud, atención dental, servicios psicosociales y consultas nutricionales a TODOS los estudiantes inscriptos.

Los servicios disponibles pueden incluir, pero no están limitados a:

1. Examen físico, evaluaciones de salud, detección de problemas de salud
2. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas
3. Diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas
4. Educación y promoción de la salud. Se ofrecerán talleres de promoción / prevención de salud de alcance
5. Inmunizaciones
6. Promoción de bienestar que incluye dejar de fumar, nutrición, control de peso
7. Atención de salud reproductiva que incluye: exámenes ginecológicos con frotis de PAP, educación sobre enfermedades de transmisión sexual, pruebas y tratamiento, educación sobre VIH / SIDA, asesoramiento / pruebas y servicios de anticoncepción
8. Pruebas de laboratorio que incluyen cultivos de garganta, hemogramas completos, puntos mono, etc.
9. Servicios de asesoramiento de salud mental
10. Examen dental y tratamiento
11. Referencias a otras agencias de vinculación para servicios no provistos en el Centro de Salud Escolar del Condado de Cass

410 ILCS 210/1, et seq. <http://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=1539&ChapterID=35>

CONSENTIMIENTO DE PADRES / TUTORES

El niño antes mencionado tiene mi consentimiento para recibir los servicios ofrecidos en el Centro de Salud Escolar del Condado de Cass (CCSHC) ubicado en el Condado de Cass Illinois, por sus proveedores contratados. He sido informado y entiendo el alcance de los servicios que pueden proporcionarse. También entiendo que un padre, tutor legal o estudiante a quien la ley de Illinois autoriza a autorizar en su nombre tiene derecho a rechazar cualquier servicio de atención médica. También entiendo que aunque me alientan a estar presente para las citas, no es necesario y que al firmar a continuación, estoy autorizando al Centro de Salud a proporcionar servicios a mi hijo en su mejor interés.

Además, entiendo que bajo la ley de Illinois, un menor de 12 años tiene la misma capacidad que un adulto para dar su consentimiento a ciertos servicios de salud y no se requiere el permiso de los padres para dichos servicios.

Doy mi consentimiento para que se divulgue información médica relevante y registros médicos relacionados con los tratamientos al School Health Center y sus socios colaboradores para facilitar las necesidades de salud de mi hijo. Además, autorizo al Centro de salud escolar a divulgar información sobre el tratamiento de mi hijo a terceros pagadores u otros para la facturación, la gestión del programa y la evaluación de acuerdo con las leyes y regulaciones federales y estatales con respecto a la confidencialidad.

Entiendo que si mi hijo tiene 12 años o más, pueden recibir servicios de salud mental / abuso de sustancias en el CCSHC sin mi consentimiento. Según 405 ILCS 5 / 3-5A-105 (a), pueden recibir hasta ocho sesiones de 90 minutos para servicios de salud mental. Por ley, un niño menor de 12 años no podrá recibir servicios de salud mental / abuso de sustancias sin el consentimiento de los padres.

Esta autorización permanecerá vigente a menos que se revoque específicamente por escrito.

⇒ _____ ⇒ _____
 Firma de Representante / Padre / Tutor Fecha Firma de Paciente (12 años o mayor) Fecha
 Office Use Only: Certification of Unaccompanied Minor Status

Cass County Health Department Authorization
 Departamento de Salud del Condado de Cass Autorización
 Cass County Health Department Authorization

Patient's Name - PLEASE PRINT El Nombre del Paciente Nom du Patient - LETTRE MOULÉES	Patient's Date of Birth Fecha de Nacimiento del Paciente Date de naissance du patient	Patient's Street Address La Dirección del Pacient Adresse du Patient	City Ville	State État	Zip Code Code postal
--	---	--	---------------	---------------	-------------------------

➤ I hereby authorize the use or disclosure of protected health information about me as described below.

Yo por la presente autorizo el uso y revelación de la información protegida de salud acerca de mí describieron como abajo.

Par la présente, j'autorise l'utilisation ou divulgation d'informations protégées sur ma santé tel que décrit ci-dessous.

➤ I authorize Cass County Health Department to disclose: (check all that apply)

Yo doy autorización al Departamento de Salud del Condado de Cass para revelar información acerca de los siguientes: (cheque todos que son aplicables)

J'autorise le Cass County Health Department à divulguer: (cochez tout ce qui s'applique)

- ✓ Physical Exam; *Examen Físico; Examen physique* ✓ TB Skin Test; *Prueba Tuberculosis; Test sur la tuberculose*
- ✓ Vision Screen; *Exam Vista; Test de la vue* ✓ Hearing Screen; *Examen del Oído; Test d'audition*
- ✓ Lead Screen; *Examen del Plomo; Test de plomb* ✓ Immunization Record; *Vacunas; Carnet de vaccination*
- ✓ Hemoglobin /Hematocrit test; *Cheque del hierro en su sangre; Test d'hémoglobine /hématocrite*
- ✓ Appt Date & Time; *Fecha/Hora de las citas; Date de rendez-vous & Heure* ✓ Other; *Otros; Autre:* _____

➤ TO: (check one); *Información puede ser revelada a: (cheque uno); A: (check one)* A-C Central School District;

Distrito de la Escuela de A-C Central Beardstown Christian Academy; *Escuela de Beardstown Christian Academy*

Beardstown School District; *Distrito de la Escuela de Beardstown* Trinity Lutheran School; *Escuela de Trinity Lutheran*

Virginia School District; *Distrito de la Escuela de Virginia* Other; *Otros; Autre* _____

➤ The information may be used or disclosed for each of the following purposes: For the maintenance of school records / *Verification of excused absences*

Esta información puede usarse y ser revelada para cada uno de los propósitos siguientes: Para conservar los registros de escuela / Para comprobar la ausencia dispensada de la escuela

L'information peut être utilisée ou divulguée dans le but suivant: Pour la mise à jour des dossiers scolaires / Pour la verification d'absences

➤ I understand that the information used or disclosed may be subject to re-disclosure by the person(s) or class of person(s) receiving it and no longer protected by the federal privacy regulations.

Entiendo que la información usada o revelada puede ser revelado otra vez por la persona(s) o la clase de persona(s) lo recibiendo y que no protegido por las regulaciones federales de la confidencialidad.

Je comprends que l'information utilisée ou divulguée peut être sujet à une re-divulgation par la (les) personne(s) ou classe de(s) personne(s) recevant ces informations et ne sera plus protégé par les régulations fédérales privées.

➤ I understand that I may revoke this authorization by notifying the Privacy Officer in writing of my desire to revoke it. However, I understand that if I revoke this authorization, it will not have any affect on actions taken by Cass County Health Department in reliance on it before I revoked it.

Entiendo que puedo revocar esta autorización notificando al Oficial de la Confidencialidad al escribirle de mi deseo para revocarlo. Sin embargo, yo entiendo que si revoco esta autorización, no tendrá ningún afecto en acciones tomadas por el Departamento de Salud antes de yo lo revoqué

Je comprends que je peux révoquer cette autorisation en avisant l'Officier sur la vie privée par écrit. Toutefois, Je comprends que si je révoque cette autorisation, il n'y aura aucune conséquence sur les actions prises par le Cass County Health Department en dépendance avant révocation.

➤ I understand that I may refuse to sign this authorization and that my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment or payment or my eligibility for benefits.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que al negarme no afectará mi habilidad de obtener el tratamiento, ni el pago, ni mi elegibilidad para beneficios.

Je comprends que je peux refuser de signer cette autorisation et que mon refus de signer n'affectera pas mon abilité d'être traité ou paiement ou mon éligibilité pour avantages.

➤ I understand this authorization will expire on (check and complete one): _____, 20____, or ✓ Upon withdrawal from school or high school graduation.

Entiendo que la autorización expirará en (cheque y completará uno): _____, 20____, or ✓ En el acontecimiento de la graduación de la preparatoria, la terminación del nivel más alto del grado ofreció (para esos no ofreciendo graduación de la preparatoria), o dejan de asistir en la escuela.

Je comprends que cette autorisation expirera (cochez et complétez): _____, 20____, ou ✓ Lors du retrait de l'étudiant (enfant) de l'école ou lors de la graduation.

This form must be fully completed before signing/Esta forma debe ser completada antes de firmar/Ce formulaire doit être complété complètement avant d'être signé

Signature of Patient or Legal Guardian
La Firma del Paciente o Representante Personal
Signature du Patient ou Gardien legal

Date of Signature
La Fecha de la Firma
Date de la signature

PLEASE PRINT Name of Person Signing this Authorization If not Patient
Nombre del Representante Personal (Si es aplicable)
Le nom de la personne qui signe cette autorisation si ce n'est pas le patient

CUESTIONARIO SOBRE SU HISTORIAL DE SALUD

SPANISH

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidencial y seran parte de su expediente medico.

NOMBRE (Apellido, Primero, inicial de segundo nombre):		DMIF	FDN:
ESTADO CIVIL:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
Doctor Previo o el que lo refirio:	Fecha de ultimo examen fisico:		

HISTORIAL DE SALUD PERSONAL

ENFERMEDAD DE INFANCIA:	<input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Polio			
VACUNAS Y FECHAS:	<input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Tétanos		<input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Hepatitis B	
EXAMENES DE SALUD	<input type="checkbox"/> Colonoscopia Cuando/Donde:		<input type="checkbox"/> Radiografía del pecho Cuando/Donde:	
	<input type="checkbox"/> Examen Rectal/Sangre Cuando/Donde:		<input type="checkbox"/> EKG Cuando/Donde:	

PROBLEMAS MEDICOS QUE OTROS DOCTORES DIAGNOSTICARON

Diabetes	Si	No	Artritis / Gota	Si	No	Epilepsia	Si	No	Trastorno de Coagulación	Si	No
Anemia	Si	No	Alta Presion Sanguinea	Si	No	Hepatitis	Si	No	Cataratas	Si	No
Cancer	Si	No	Problemas Cardiacos	Si	No	Coágulo de Sangre	Si	No	Problemas de la Tiroides	Si	No
Derrame Cerebral	Si	No	Infecciones Resistentes a los Antibioticos	Si	No	Lupus	Si	No	Tuberculosis	Si	No
Asthma	Si	No	Enfermedades Transmitidas Sexualmente	Si	No	Glaucoma	Si	No	Colesterol Alto	Si	No
EPOC	Si	No	Insuficiencia Cardíaca Congestiva	Si	No	Depresión	Si	No			
Otros											

CIRUGÍAS Y OTRAS HOSPITALIZACIONES

Año	Lista de Cirugías	Hospital

ANOTE SUS MEDICAMENTOS PRESCRITOS, MEDICAMENTOS DEL MOSTRADOR, VITAMINAS Y INHALADORES

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia?	Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia?

ALERGIAS (MEDICAMENTOS, COMIDA, TEMPORAL OR AMBIENTAL)

Alergia a que?	Reacción?	Alergia a que?	Reacción?	Alergia a que?	Reacción?

HABITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL

TODAS LAS PREGUNTAS CONTENIDAS EN ESTE CUESTIONARIO SON OPCIONALES Y SERAN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES.

Alcohol	Usted toma alcohol?	Si	No
	En caso afirmativo ,de que tipo? _____	Cuantas bebidas por semana? _____	
Cafeína	Usted usa cafeína?	Si	No
	En caso afirmativo, que tipo? <input type="checkbox"/> chocolate <input type="checkbox"/> café <input type="checkbox"/> té <input type="checkbox"/> refresco <input type="checkbox"/> bebida energética <input type="checkbox"/> tableta		
Tabaco	Usted usa tobacco? <input type="checkbox"/> Cigarrillos/dia <input type="checkbox"/> Tabaco de Mascar- #/dia <input type="checkbox"/> Pipa - #/dia <input type="checkbox"/> Cigarros#/dia	Si	No
	<input type="checkbox"/> # de años _____ <input type="checkbox"/> O año que dejo el tabaco _____		
Drogas	Usted actualmente o en algun momento ha usado drogas recreativas o de la calle? Tipo/Frecuencia _____	Si	No
	Usted se a administrado drogas de la calle con una aguja?	Si	No
Tatuajes	Tiene usted algun tatuaje?	Si	No
Dieta	Dieta <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Diabetica <input type="checkbox"/> Baja en sal /Baja en Sodio <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Otra _____	Si	No
Ejercicio	Ejercicio -Describalo _____	Si	No

NOMBRE (Apellido, Primero, inicial de segundo nombre): _____

FDN: _____

SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES

Mal estado de salud últimamente	Si	No
Cambios recientes de peso	Si	No
Fatiga/ Cansancio	Si	No

OJOS

Enfermedad de los ojos / lesión	Si	No
Lentes / Contactos	Si	No
Vista borrosa	Si	No
Visión doble	Si	No

OÍDO / NARIZ / BOCA / GARGANTA

Pérdida de audición /Zumbido en los oídos	Si	No
Dolor de oídos o drenaje	Si	No
Problemas de sinusitis crónica	Si	No
Sangrado de la nariz	Si	No
Llagas en la boca	Si	No
Sangrado en las encías	Si	No
Mal aliento / mal sabor	Si	No
Dolor de garganta	Si	No
Glándulas inflamadas en el cuello	Si	No

CARDIOVASCULAR

Dolor de pecho / Angina de pecho	Si	No
Palpitaciones (Latido de corazón irregular)	Si	No
Falta de aliento	Si	No
Hinchazón de los pies	Si	No

RESPIRATORIO

Tos crónica/ frecuente	Si	No
Tos con sangre	Si	No
Falta de aliento	Si	No
Sibilancias	Si	No

GASTROINTESTINAL

Perdida de apetito	Si	No
Cambio en las deposiciones (popo)	Si	No
Nausea o Vomito	Si	No
Diarrea frecuente	Si	No
Deposiciones dolorosas / Estreñimiento	Si	No
Sangrado Rectal	Si	No
Dolor abdominal / Acidez	Si	No

GENITOURINARIAS

Urinación (pipi)	Si	No
Dolor/ ardor al orinar	Si	No
Sangre en la orina	Si	No
Incontinencia (mojar los calzoncillos) gotear	Si	No
Cálculos renales (piedras en los riñones)	Si	No
Problemas Sexuales	Si	No

MUSCULOESQUELÉTICO

Dolor en las articulaciones	Si	No
Rigidez/ hinchazón en las articulaciones	Si	No
Debilidad en los músculos	Si	No
Dolor en los músculos/ calambres	Si	No
Dolor de espalda	Si	No
Manos o dedos fríos/ pies o dedos de los pies	Si	No

INTEGUMENTARIO

Sarpullido o picazón	Si	No
Cambios en el color de piel	Si	No
Cambios en el cabello o las uñas	Si	No
Venas varicosas	Si	No
Lunares excesivos	Si	No
Exposición excesiva al sol	Si	No
Lesiones o llagas	Si	No

NEUROLÓGICO

Dolores de cabeza frecuentes	Si	No
Aturdimiento/ mareado	Si	No
Convulsiones/ ataque	Si	No
Entumecimiento o hormigeo	Si	No
Temblores/ sacudidas	Si	No
Parálisis	Si	No
Lesión en la cabeza	Si	No

PSIQUIÁTRICO

Perdida de memoria/ Confusión	Si	No
Nervios/ Ansiedad	Si	No
Tristeza	Si	No
Insomnio/ No poder dormir	Si	No

ENDOCRINO

Problemas de glándulas o hormonas	Si	No
Ressequedad de la piel	Si	No
Sed o ganas de orinar excesivas	Si	No
Sentir mucho frío/ calor (sofocos, etc.)	Si	No

HEMATOLÓGICO/ LINFÁTICO

Dificultad para sanar heridas/ lesiones	Si	No
Sangrado o moretones con facilidad	Si	No
Anemia	Si	No
Flebitis	Si	No
Transfusiones de sangre en el pasado	Si	No
Agrandamiento de las glándulas	Si	No

OTRO

NOMBRE (Apellido, Primero, inicial de segundo nombre): _____

FDN: _____

HISTORIAL FAMILIAR

	Problemas de Salud	Edad	Fallecido		Causa de Muerte		Problemas de Salud	Edad	Fallecido		Causa de Muerte
			Si	No					Si	No	
Padre			Si	No		Niños	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		
Madre			Si	No		Niños	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		
Hermanos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		Niños	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		
Hermanos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		Niños	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		
Hermanos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		Abuela Materna		Si	No		
Hermanos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		Abuelo Materno		Si	No		
Hermanos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		Abuela Paterna		Si	No		
Hermanos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		Abuelo Paterno		Si	No		

SOLO HOMBRES

Por lo regular se levanta a orinar en la noche?	En caso afirmativo, # de veces _____	Si	No
Siente dolor o ardor al orinar?		Si	No
Hay sangre en su orina?		Si	No
Siente una secreción ardiente del pene?		Si	No
Ha disminuido la fuerza de su orina?		Si	No
Ha tenido alguna infección del riñon, vejiga, o prostata durante los últimos 12 meses?		Si	No
Esta teniendo problemas para vaciar su vejiga completamente?		Si	No
Dificultad con erección o la eyaculación?		Si	No
Cualquier dolor o hinchazón testicular?		Si	No
Fecha del ultimo examen de la prostata o rectal?		Si	No
Usted es sexualmente activo? En caso afirmativo con Hombre/Mujer/Ambos?-Porfavor circule		Si	No
Ha tenido mas de una pareja sexual en el último año?		Si	No

SOLO MUJERES

Edad de 1ra menstruación : _____ Fecha de la ultima menstruación: _____ menstruación cada _____ dias		
Último papanicolaou _____ Donde? _____ Último mamografía _____ Última detección de la Densidad Ósea _____		
Numero de embarzos _____ Numero de partos vivos _____ Periodos abundantes, irregularidad, manchado, dolor, o secreción?	Si	No
Está embarazada o dando pecho?	Si	No
Ha tenido un D&C (Dilatación y Curetaje), hysterectomía, o Cesárea?	Si	No
Ha tenido una infección del tracto urinario, vejiga o riñon en el último año?	Si	No
Sangre en la orina?	Si	No
Problemas con el control de la orina?	Si	No
Siente sofocos o sudor nocturno?	Si	No
Tiene usted tensión menstrual, dolor, hinchazón, irritabilidad, o otros sintomas en o alrededor del tiempo de su menstruación?	Si	No
Ha experimentado sensibilidad en los senos, bultos, o secreción del pezon recientemente?	Si	No
Flujo vaginal?	Si	No
Usted es activo sexualmente? En caso afirmativo con Hombre/Mujer/Ambos?-Porfavor circule	Si	No
Ha tenido mas de una pareja sexual en el último año?	Si	No