



INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Primer Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:	Apellido:		
Dirección de Casa:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Número de Teléfono:	Fecha de Nacimiento:	Género:	Número de Seguro Social:	
E-Mail:	Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Compañero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
La Raza: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro	Etnia: <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino			
Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Jubilado	Empleador:			
INFORMACIÓN DEL GARANTE (SOLO PARA MENORES)				
Nombre del Garante:		Fecha de Nacimiento:	Relación:	
Número de Seguro Social:	Número de Teléfono:	Empleador:		
Contacto de Emergencia #1: Relación: Número de Teléfono:		Contacto de Emergencia #2: Relación: Número de Teléfono:		
INFORMACIÓN DEL SEGURO				
Compañía de Seguros Primaria:	Identificación #:	Grupo #:	Número de Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Nombre del Titular de la Póliza (Si es Diferente):	Fecha de Nacimiento:	Género:	Relación:	
Número de Seguro Social:	Número de Teléfono:	Empleador:		
Compañía de Seguros Secundaria:	Identificación #:	Grupo #:	Número de Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Nombre del Titular de la Póliza (Si es Diferente):	Fecha de Nacimiento:	Género:	Relación:	
Número de Seguro Social:	Número de Teléfono:	Empleador:		



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS**  Sin Alergias

ALERGIA	REACCIÓN ALÉRGICA

**MEDICAMENTOS**

MEDICAMENTOS (Incluye de Venta Libre)	DOSIS (mg, etc.)	VECES AL DIA

**HISTORIAL DE ATENCIÓN PREVENTIVA**

ARTÍCULO	FECHA	RESULTADO
EXPLORACIÓN DE DENSIDAD ÓSEA		
COLONOSCOPIA		
MAMOGRAFÍA		
VACUNA CONTRA LA GRIPE		
TDaP/REFUERZO CONTRA EL TÉTANOS		
VACUNA CONTRA LA NEUMONIA (circulo) Pneumovax      Prevnar		
VACUNA CONTRA LA CULEBRILLA		

**HISTORIAL DE SALUD DE LA MUJER**

Edad de la Primera Menstruación: _____		Edad de la Menopausia: _____
Total # de Embarazos: _____	# Nacimientos a Término: _____	# Nacimientos Prematuros: _____
# de Abortos (Electivo o Médico)/Abortos Espontáneos: _____		# de Niños Vivos/Niñas Vivas: _____
# de Cesáreas: _____		
Complicaciones del Embarazo: _____		
Método Anticonceptivo: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Condones <input type="checkbox"/> Pastillas/Parche <input type="checkbox"/> Depo <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> Nexplanon		



<b>EL CONSUMO DE TABACO</b>		Fumas Cigarrillos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Abandonar	
Actual:	Paquetes/Día _____	# de Años _____	
Pasado:	Paquetes/Día _____	Fecha de Abandono _____	
Otro Consumo de Tabaco: <input type="checkbox"/> Vaporizador <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Tubo <input type="checkbox"/> Rapé <input type="checkbox"/> Masticar			
<b>CONSUMO DE ALCOHOL</b>			
¿Con qué frecuencia bebes alcohol? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 0-1x/mes <input type="checkbox"/> 2-4x/mes <input type="checkbox"/> 2-3x/semana <input type="checkbox"/> 4+ veces/semana			
¿Cuántos tragos tomas cuando estás bebiendo? <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-9 <input type="checkbox"/> 10+			
¿Con qué frecuencia toma más de 5 tragos en una ocasión?			
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de mensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Diario o casi diario			
¿Con qué frecuencia se dio cuenta de que no podía dejar de beber una vez que comenzó?			
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de mensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Diario o casi diario			
¿Con qué frecuencia ha dejado de hacer lo que se esperaba de usted debido a la bebida?			
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de mensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Diario o casi diario			
¿Con qué frecuencia ha necesitado un trago a primera hora de la mañana para ponerse en marcha después de beber mucho?			
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de mensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Diario o casi diario			
¿Con qué frecuencia ha tenido un sentimiento de culpa o remordimiento después de beber?			
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de mensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Diario o casi diario			
¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior debido a la bebida?			
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de mensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Diario o casi diario			
¿Usted o alguien más ha resultado lesionado como resultado de su consumo de alcohol?			
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, pero no en el último año <input type="checkbox"/> Sí, durante el último año			
¿Alguien se ha preocupado por su consumo de alcohol o le ha sugerido que lo reduzca?			
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, pero no en el último año <input type="checkbox"/> Sí, durante el último año			
<b>EL CONSUMO DE DROGAS</b>		¿Usas marihuana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Utiliza alguna otra droga recreativa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, ¿cuál(es)? <input type="checkbox"/> Crack/cocaína <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Metanfetamina <input type="checkbox"/> Otro _____			
<b>EJERCICIO</b>		¿Haces ejercicio regularmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Qué tipo de ejercicio?		Cuanto tiempo (minutos): _____	Con qué frecuencia: _____
<b>DORMIR</b>	En promedio, ¿cuántas horas duermes por la noche (día si trabajas por la noche)? _____		
<b>DIETA</b>	Mi dieta es... <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Justa <input type="checkbox"/> Pobre	¿Quieres consejos dietéticos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene una dieta especial o restricciones dietéticas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, enumere _____			
<b>LA SEGURIDAD</b>		¿Tiene un detector de humo en funcionamiento en su hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿detecta monóxido de carbono? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si no, ¿le gustaría recibir ayuda para conseguir uno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tienes armas en casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, ¿dónde se guarda? _____	
<b>VOLUNTAD/DIRECTIVA ANTICIPADA</b>			
¿Tiene un testamento, poder notarial de atención médica, u órdenes médicas para tratamientos de soporte vital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si no, ¿le gustaría recibir ayuda para completarlos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Durante las últimas dos (2) semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado lo siguiente?	De Nada	Varios Dias	Más de la Mitad de Los Días	Casi Todos Los Dias
Sentirse nervioso, ansioso, o al borde				
No es capaz de detener o controlar la preocupación				
Preocuparse demasiado por cosas diferentes				
Problemas para relajarse				
Inquieto y le resulta difícil quedarse quieto				
Volverse fácilmente molesto o irritable				
Poco interés o placer en hacer las cosas				
Sentirse deprimido, deprimido, o desesperanzado				

	No es Nada Dificil	No Muy Dificil	Algo Dificil	Dificil	Muy Dificil
¿Qué tan difícil es para usted pagar lo básico como comida, vivienda, atención médica, y calefacción?					

Durante los últimos 12 meses (1 año)...	Sí	No
¿La falta de transporte le ha impedido acudir a citas médicas o conseguir medicamentos?		
¿La falta de transporte le ha impedido asistir a reuniones, trabajar, o conseguir las cosas necesarias para la vida diaria?		
¿Hubo algún momento en que no pudo pagar la hipoteca o el alquiler a tiempo?		
¿Hubo algún momento en que no tubo un lugar fijo para dormir o durmió en un refugio (incluso ahora)?		
¿Hubo algún momento en el que le preocupaba que se le acabara la comida antes de tener el dinero para comprar más?		
¿Hubo algún momento en que la comida que compraste no duró y no tuviste dinero para comprar más?		
¿Le has tenido miedo a tu pareja o expareja?		
¿Ha sido humillado o abusado emocionalmente de otras maneras por su pareja o expareja?		
¿Ha sido pateado, golpeado, abofeteado, o lastimado físicamente de otra manera por su pareja o expareja?		
¿Ha sido violada u obligada a tener algún tipo de actividad sexual por parte de su pareja o expareja?		