



First Name _____ Last Name _____ Sex ____ Today's Date ____ / ____ / ____

Provider Name _____ DOB _____ Age ____ MRN _____

EVALUACIÓN DE SALUD DE RUTINA: ANTECEDENTES PERSONALES O FAMILIARES

Nombre de otros médicos que lo atiendan actualmente y la enfermedad que le están tratando

1. _____ 2. _____
 3. _____ 4. _____
 5. _____ 6. _____

Lengua materna Inglés Español Otra

Necesidades comunicacionales Intérprete Otra

Alguna barrera para el aprendizaje Ninguna Del habla Cognitiva
 Auditiva Visual No Puede Leer o Escribir

¿De qué forma aprende mejor? Oral Lectura Demostración
 Televisor Imágenes Grupos

¿Tiene contacto habitual o convive con niños en el mismo hogar? No Sí
 Si la respuesta es sí, indique a continuación

1. _____ Edad ____ Relación _____
 2. _____ Edad ____ Relación _____
 3. _____ Edad ____ Relación _____
 4. _____ Edad ____ Relación _____
 5. _____ Edad ____ Relación _____

Religión Indique cualquier necesidad religiosa o cultural especial _____

TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA

Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Zona del Cuerpo Tratada	Hospital	Médico

TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA

Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Nombre de la Quimio	Hospital	Médico



First Name _____ Last Name _____ Sex ____ Today's Date ____ / ____ / ____

Provider Name _____ DOB _____ Age _____ MRN _____

ALERGIAS Sin Alergias Conocidas

#1 _____ <input type="checkbox"/> Anafilaxia <input type="checkbox"/> Trastornos de la Sangre <input type="checkbox"/> Paro Cardíaco <input type="checkbox"/> Disnea (Dificultad para Respirar) <input type="checkbox"/> Edema/Hinchazón <input type="checkbox"/> Sarpullido, Urticaria o Picazón	#2 _____ <input type="checkbox"/> Anafilaxia <input type="checkbox"/> Trastornos de la Sangre <input type="checkbox"/> Paro Cardíaco <input type="checkbox"/> Disnea (Dificultad para Respirar) <input type="checkbox"/> Edema/Hinchazón <input type="checkbox"/> Sarpullido, Urticaria o Picazón	#3 _____ <input type="checkbox"/> Anafilaxia <input type="checkbox"/> Trastornos de la Sangre <input type="checkbox"/> Paro Cardíaco <input type="checkbox"/> Disnea (Dificultad para Respirar) <input type="checkbox"/> Edema/Hinchazón <input type="checkbox"/> Sarpullido, Urticaria o Picazón	#4 _____ <input type="checkbox"/> Anafilaxia <input type="checkbox"/> Trastornos de la Sangre <input type="checkbox"/> Paro Cardíaco <input type="checkbox"/> Disnea (Dificultad para Respirar) <input type="checkbox"/> Edema/Hinchazón <input type="checkbox"/> Sarpullido, Urticaria o Picazón
---	---	---	---

ANTECEDENTES MÉDICOS Indique si ha tenido No Tiene Problemas Activos

<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> Migraña Común (con Aura) <input type="checkbox"/> Migraña Común (sin Aura) <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Eccema <input type="checkbox"/> Herpes Genital (Pene) <input type="checkbox"/> Herpes Genital (Vulva)	<input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno <input type="checkbox"/> Cardiopatías <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Hipertensión (Presión Arterial Alta) <input type="checkbox"/> Problemas en las Articulaciones <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón (Renal) <input type="checkbox"/> Cálculo Renal (Nefrolitiasis) <input type="checkbox"/> Trastorno Hepático	<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar (de Pulmones) <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Tuberculosis, Prueba PPD Positiva (Induración de PPD o Tuberculina) <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Poliomiелitis <input type="checkbox"/> Complicaciones <input type="checkbox"/> Infecciones Bacterianas Recurrentes	<input type="checkbox"/> Resfríos Recurrentes (Infecciones de las Vías Respiratorias Superiores) <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Antecedentes Óseos Informados (Ortopédicos) <input type="checkbox"/> Trastornos Convulsivos <input type="checkbox"/> Trastornos de la Piel <input type="checkbox"/> Tatuajes <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1 <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 2 <input type="checkbox"/> Tos Convulsiva (Tos Ferina) <input type="checkbox"/> Otro _____
---	---	---	---

LESIONES

- Fracturas (huesos quebrados)
- Lesiones/Accidentes (graves)
- Lesión en la Cabeza
- Dislocación de Articulaciones

HOSPITALIZACIONES

- ¿Hospitalizaciones Previas?
- Si la respuesta es Sí, ¿por qué?

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS Indique si ha tenido

<input type="checkbox"/> Apendicectomía <input type="checkbox"/> Cirugía de Seno, Mastectomía (extirpación de seno) <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre <input type="checkbox"/> Cirugía de Seno, Tumorectomía (extirpación de tumor) <input type="checkbox"/> Extirpación de la Vesícula Biliar (Colecistectomía)	<input type="checkbox"/> Histerectomía <input type="checkbox"/> Amigdalotomía <input type="checkbox"/> Extirpación de Ambos Ovarios (Ovariectomía Bilateral) <input type="checkbox"/> Extirpación de un Ovario (Ovariectomía Unilateral) <input type="checkbox"/> Otro _____
---	--

ANTECEDENTES FEMENINOS O DE EMBARAZO (si corresponde)

Edad del Primer Período Menstrual ____ Años (menarquía)	Embarazo Previo con ____ Cesárea
Antecedentes de ____ Embarazos Previos	Embarazo Previo con ____ Aborto (Optativo)
<input type="checkbox"/> Menopausia (Antecedentes)	Embarazo Previo con ____ Aborto Espontáneo
Embarazos Previos con ____ Hijos Vivos	Embarazo Previo con ____ Embarazo Tubárico
Embarazo Previo con ____ Parto Vaginal Normal	Complicaciones del Embarazo _____



First Name _____ Last Name _____ Sex ____ Today's Date ____/____/____

Provider Name _____ DOB _____ Age _____ MRN _____

ANTECEDENTES SOCIALES

ESTADO CIVIL

Soltero Soltero en Una Relación Casado Actualmente Viudo Divorciado

NIVEL DE EDUCACIÓN MÁS ALTO COMPLETADO Escuela primaria (nivel completado) _____

GED Posee Diploma de Escuela Secundaria Título de Institución de Educación Superior
 Licenciatura Título de Maestría Doctorado Otro _____

CONSUMO DE TABACO

Nunca ha sido Fumador Ex Fumador
 Fumador Situación como Fumador Desconocida
 Fumador Diario Se desconoce si Alguna vez Fumó

TIPO

Cantidad de Habanos en un Día _____
 Fuma pipa: Cuántas veces al Día _____
 Consumidor de Tabaco sin Humo Actualmente
 Cantidad de Cigarrillos al Día _____

¿NECESITA AYUDA? Considera dejar de fumar

CONSUMO DE ALCOHOL

Nunca ha Bebido Alcohol
 Bebedor Social
 Bebedor Moderado (2 tragos al Día o Menos)
 Alto Consumo de Alcohol
 Alcohólico en Recuperación

¿NECESITA AYUDA?

Considera Dejar de Beber Alcohol

CONSUMO DE DROGAS

Consumo de Drogas Recreativas Consumo de Drogas Intravenosas (IV)
 Incapaz de Detener el Consumo de Drogas

¿NECESITA AYUDA? Considera Dejar de Consumir Drogas

RESUMEN DE ACTIVIDAD SEXUAL

Niega Actividad Sexual Activo Sexualmente con ____ Parejas en el Último Año
 Activo Sexualmente Orientación Sexual del Mismo Sexo

OTROS

Satisfecho con el Trabajo Insatisfecho con el Trabajo Ocupación _____
 Se Ejercita Regularmente Ejercicio Moderado 3 o Más Veces a la Semana
 Ejercicio Moderado Menos de 3 Veces a la Semana
 Utiliza Equipo de Seguridad: Cinturón de Seguridad
 Utiliza Equipo de Seguridad: Equipo de Protección para la Cabeza
 Problemas para Dormir
 ¿Alguna vez lo ha golpeado o empujado una pareja?
 Abuso Financiero/Material: ¿Alguien hace mal uso de su dinero? _____

ESTADO DE SALUD FAMILIAR

Relación	Padre	Madre	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo	Otra Relación _____
Fecha de Nacimiento (Opcional)	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Edad al Fallecer							
Cáncer de Seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de Colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



First Name _____ Last Name _____ Sex ____ Today's Date ____ / ____ / ____

Provider Name _____ DOB _____ Age ____ MRN _____

Relación Continuación	Padre	Madre	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo	Otra Relación _____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente Cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDICAMENTOS

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia	Comentarios

LISTA DE PROBLEMAS

Describe _____



First Name _____ Last Name _____ Sex ____ Today's Date ____/____/____

Provider Name _____ DOB _____ Age ____ MRN _____

VACUNAS

Sí No Tétanos y Tos Ferina (Tdap) Fecha _____ Sí No Influenza (Gripe) Fecha _____
 Sí No Pneumovax Fecha _____ Sí No Zostavax (Herpes Zoster) Fecha _____

ANTECEDENTES DE SALUD: ¿Padece o ha padecido durante el último año alguno de los problemas a continuación?

General Ninguno
 Sí No Fiebre Sí No Sentirse Mal Sí No Aumento de Peso Reciente (____ lbs)
 Sí No Escalofríos Sí No Sensación de Cansancio
 Sí No Pérdida de Peso Reciente (____ lbs)

Ocular Ninguno
 Sí No Dolor en los Ojos Sí No Problemas de la Vista Sí No Sequedad en los Ojos
 Sí No Ojos Rojos Sí No Secreción en los Ojos Sí No Picazón en los Ojos

Oídos/nariz/garganta Ninguno
 Sí No Dolor de Oídos Sí No Secreción Nasal Sí No Hemorragia Nasal
 Sí No Dolor de Garganta Sí No Pérdida de la Audición Sí No Ronquera
 Sí No Zumbido en los Oídos

Cardiovascular Ninguno
 Sí No Frecuencia Cardíaca Baja Sí No Dolor de Pecho
 Sí No Frecuencia Cardíaca Rápida Sí No Dolor de Piernas al Hacer Ejercicio
 Sí No Ronquera Sí No Palpitaciones

Respiratorio Ninguno
 Sí No Dificultad para Respirar Sí No Tos con Sangre
 Sí No Silbido al Respirar Sí No Tos
 Sí No Dificultad para Respirar al Realizar Esfuerzo Sí No Dificultad para Respirar al Acostarse
 Sí No Dificultad para Respirar que lo Despierta Sí No Deja de Respirar Cuando Duerme

Gastrointestinal Ninguno
 Sí No Dolor Abdominal Sí No Náuseas Sí No Vómito
 Sí No Estreñimiento Sí No Diarrea Sí No Deposiciones con Sangre
 Sí No Acidez Sí No Cambio en los Hábitos Intestinales

Aparato genitourinario (mujer) NA Ninguno
 Fecha del Último Período Menstrual _____ Fecha del Último Período Menstrual _____ Días

Sí No Dolor al Orinar Sí No Goteo de Orina
 Sí No Dolor Pélvico Sí No Secreción Vaginal Anormal
 Sí No Sangre en la Orina Sí No Períodos Menstruales Regulares
 Sí No Hemorragia Vaginal Anormal Sí No Frecuencia Urinaria
 Sí No Dolor Menstrual Agudo Sí No Autoexamen de Seno
 Sí No Utilizó un Dispositivo Intrauterino (DIU)

Hemorragia vaginal luego de tener relaciones sexuales Sí No
 Menstruación dolorosa Sí No
 Menstruación irregular Sí No
 Menstruación excesiva Sí No

Recibí tratamiento por trastornos femeninos; describa _____

¿Le llegó la Menopausia? Si la respuesta es sí, indique la edad de su inicio _____
 ¿Sufrir bochornos? Ninguno Leve Moderado Agudo



First Name _____ Last Name _____ Sex ____ Today's Date ____/____/____

Provider Name _____ DOB _____ Age _____ MRN _____

¿Ha tomado hormonas alguna vez? Sí No
Si la respuesta es sí, indique el tipo _____
Duración _____ ¿Cuándo dejó de tomar? _____

¿Ha tomado pastillas anticonceptivas alguna vez? Sí No
Si la respuesta es sí, indique el tipo _____
Duración _____ ¿Cuándo dejó de tomarlas? _____

Aparato genitourinario (hombre) NA Ninguno
 Sí No Dolor al Orinar Sí No Goteo de Orina
 Sí No Dificultad para Comenzar a Orinar Sí No Lesión Genital
 Sí No Sangre en la Orina Sí No Orina de Manera Frecuente Durante la Noche
 Sí No Dolor Testicular Sí No Autoexamen Testicular
 Sí No Frecuencia Urinaria Sí No Disfunción Eréctil

Describe función eréctil actual Normal Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad aguda
Si tiene dificultad, ¿cuándo comenzó? (mes y año) _____

Aparato locomotor Ninguno
 Sí No Dolor en las Articulaciones Sí No Hinchazón de las Articulaciones
 Sí No Dolor en las Extremidades Sí No Dolor Muscular
 Sí No Rigidez de las Articulaciones Sí No Hinchazón de las Extremidades
 Sí No Dolor en la Zona Lumbar

Sistema integumentario Ninguno
 Sí No Sarpullido Sí No Picazón Sí No Dolor en las Seno
 Sí No Lesiones en la Piel Sí No Heridas en la Piel Sí No Tumor en la Seno

Neurológico Ninguno
 Sí No Dolor de cabeza Sí No Adormecimiento
 Sí No Sensación de Hormigueo Sí No Confusión
 Sí No Mareo Sí No Debilidad de las Extremidades
 Sí No Convulsiones Sí No Desmayos
 Sí No Dificultad para Caminar Sí No Pérdida del Conocimiento

Psiquiátrico Ninguno
 Sí No Pensamientos Suicidas Sí No Ansiedad
 Sí No Cambio en la Personalidad Sí No Depresión
 Sí No Trastornos del Sueño Sí No Debilidad de las Extremidades
 Sí No Pérdida de Placer por las Actividades Habituales

Endocrino Ninguno
 Sí No Ojos Protuberantes Sí No Sed Excesiva
 Sí No Sensación de Debilidad Sí No Bochornos
 Sí No Come en Exceso Sí No Debilidad Muscular
 Sí No Orina en Exceso Sí No Voz más Profunda

Sistema circulatorio y linfático Ninguno
 Sí No Glándulas Inflamadas Sí No Sangrado con Facilidad
 Sí No Formación Fácil de Moretones Sí No Glándulas Inflamadas en el Cuello



First Name _____ Last Name _____ Sex ____ Today's Date ____ / ____ / ____

Provider Name _____ DOB _____ Age ____ MRN _____

OTROS

Peso a los 18 años _____ lbs Sí No ¿Tiene una instrucción anticipada? De ser así, proporcione una copia.

Peso máximo _____ lbs Sí No ¿Le gustaría obtener información sobre las instrucciones anticipadas?

Sí No ¿Le gustaría someterse a un examen de VIH?

Sí No ¿Hay alguien que le haga daño o lo amenace en su hogar o en otro lugar?

Sí No ¿Hay alguien que haga mal uso de su dinero, alimentos, vestimenta, alojamiento o le niega atención médica?

Densitometría ósea Año del último examen realizado _____ Resultado _____

Colonoscopia Año del último examen realizado _____ Resultado _____

Mamografía Año del último examen realizado _____ Resultado _____

Papanicolaou Año del último examen realizado _____ Resultado _____

COMENTARIOS ADICIONALES

INFORMATION REVIEWED BY

Name _____ Physician _____ Date/Time _____

Name _____ RN _____ Date/Time _____

Name _____ MA _____ Date/Time _____

INFORMATION COMPLETED BY

Name _____ Relationship _____ Date/Time _____

FIRMA DEL PACIENTE

Fecha _____ Hora _____

Firma _____
(Firma del Paciente o Representante Legal)

Si firma otra persona que no sea el paciente, indique el parentesco o relación _____

Nombre con letra de imprenta _____
(Representante Legal)

Witness Signature _____ Print Name _____