

Banyan Community Health Center, Inc.

Historia del Paciente

Nombre:

Fecha: / /

| | | | | |
|--------|----------|--------|----------------|--------------------------|
| Middle | Apellido | Nombre | Segundo nombre | Fecha de Nacimiento: / / |
|--------|----------|--------|----------------|--------------------------|

| | |
|---------------------|------------------------------------|
| Nombre de su Médico | Fecha de última visita a su médico |
|---------------------|------------------------------------|

ASESORIA DE APRENDIZAJE

| | | | | |
|---|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Idiomas que habla | Inglés <input type="checkbox"/> | Español <input type="checkbox"/> | Creole <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> |
| Idiomas que lee | Inglés <input type="checkbox"/> | Español <input type="checkbox"/> | Creole <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> |
| Cuál es su nivel mas alto de educación? | Grado - 6 <input type="checkbox"/> | 7 - 12 <input type="checkbox"/> | College <input type="checkbox"/> | Ninguno <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|-----------------------------------|---|--|---|
| Con qué método prefiere aprender? | Educación personal <input type="checkbox"/> | Grupo educativo <input type="checkbox"/> | Folletos <input type="checkbox"/> |
| | Dibujos <input type="checkbox"/> | Videos <input type="checkbox"/> | Grabación en audio <input type="checkbox"/> |

Tiene usted algún tipo de impedimento para aprender?
 Auditivo Visual Verbal Espiritual Creencias culturales
 Si No Si marco SI, favor explicarse

Actualmente tiene alguna limitación o problema emocional que le impidan poder aprender?
 Trabajo Separación Muerte Mudanza Otros

HISTORIA MEDICA, QUIRURGICA Y HABITOS

Toma usted medicamentos, ya sea recetados, no recetados o medicina natural? Si No
 Si toma medicamentos, haga una lista de ellos:

Es usted alérgico a algún medicamento, comida, etc. Si No

Tiene usted o ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

| | Si | No | | Si | No | | Si | No |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Presión alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uso de drogas en el pasado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transfusión de Sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prueba positiva de tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SIDA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Colesterol alto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Programa de ejercicios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de salud mental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uso de tabaco actualmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otra enfermedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uso de tabaco en el pasado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Uso de drogas actualmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |

| | | | | | |
|---|----|----|----------------------------------|----|----|
| Ha sido víctima de abuso o negligencia? | Si | No | Estuvo alguna vez hospitalizado? | Si | No |
| Ha tenido alguna caída, trauma u otro problema? | Si | No | Ha tenido alguna cirugía? | Si | No |

Si marcó Si, favor indique el hospital y el procedimiento que se llevó a cabo.

| | | |
|----------------------------|-----|--------|
| Nombre del medico/hospital | Año | Motivo |
|----------------------------|-----|--------|

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

Banyan Community Health Center, Inc.

Historia del Paciente

| | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Durante el mes pasado, ha tenido molestias como: | Si | No | Ha perdido bastante peso últimamente ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poco interés en actividades que antes le agradaban | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sus actividades diarias requieren que usted esté bajo el sol por mucho tiempo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se ha sentido decaído, deprimido o sin esperanzas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alguna vez estuvo expuesto a asbestos, radiación, químicos o gases? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se siente preocupado, tenso o ansioso todo el tiempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Se siente irritable con dificultad para dormir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cuál es su dieta diaria? | | |
| Regular <input type="checkbox"/> Atkins <input type="checkbox"/> Vegetariana <input type="checkbox"/> Baja en sodio <input type="checkbox"/> Bajo colesterol <input type="checkbox"/> | | | | | |

EVALUACION FUNCIONAL

| | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|
| Puede usted realizar las siguientes funciones? | | | | | |
| | Si | No | | Si | No |
| Bañarse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ir de compras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vestirse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alimentarse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HISTORIA SEXUAL

| | | | |
|---|----|----|---|
| Está sexualmente active(a) ? | Si | No | Cuántas parejas en los últimos 5 años? _____ |
| Usa algún método anticonceptivo? | Si | No | |
| <i>Ha tenido sexo:</i> | | | |
| Con hombres que tienen sexo con otro hombre ? | Si | No | Por dinero o por drogas? Si No |
| Con una persona que se inyecta droga? | Si | No | Con una persona con VIH/SIDA? Si No |

HISTORIA FAMILIAR

| | | | |
|---|------|----------|-------|
| (marcar con una X) | Vive | Falleció | Causa |
| Madre | | | |
| Padre | | | |
| Hermanos : Cuántos viven _____ Cuántos fallecidos _____ Causa | | | |

Alguien en SU FAMILIA ha tenido lo siguiente (padres, abuelos, hermanos, hermanas)?

| | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Si | No | | Si | No |
| Presión alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SIDA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Colesterol alto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de salud mental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otras enfermedades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HISTORIA SOCIAL

| | | | |
|----------------------|----|----|-----------------------|
| Trabaja actualmente? | Si | No | Con quién vive? _____ |
|----------------------|----|----|-----------------------|

SEGURIDAD

| | | | | | |
|------------------------------|----|----|---------------------------|----|----|
| Uso mi cinturón de seguridad | Si | No | Tengo un detector de humo | Si | No |
|------------------------------|----|----|---------------------------|----|----|

Banyan Community Health Center, Inc.

SOLO PARA MUJERES

| | SI | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Se ha hecho un Papanicolao recientemente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se ha hecho una Mamografía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fecha de su última menstruación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Algún problema en la menstruación o cambios recientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Historia de sus embarazos

Cuántos embarazos ha tenido? _____
Cuántos abortos ha tenido? _____
Cuántos embarazos extra-uterinos ha tenido? _____
Cuántos embarazos completos ha tenido? _____
Cuántos de sus hijos viven? _____

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

De manera de poder ofrecerle servicios médicos seguros y de buena calidad, desea darnos alguna otra información?

Si _____ No _____

FIRMA DEL PACIENTE _____ **Fecha** _____

ENFERMERA / MA _____ **DOCTOR** _____