

Nombre:

ID del Paciente:

NOMBRE COMPLETO:	FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA DE HOY:
Dirección para recibir correo:	Ciudad:	Estado/Zip:
Número de Seguro Social: Correo electrónico:	Teléfono:	Edad:
¿Está el niño en cuidado temporal (foster care)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del padre temporal: _____ ¿El niño está tutelados por el Estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del Administrador de Casos: _____		Uso de tabaco y fumar: <input type="checkbox"/> Nunca ha Fumado <input type="checkbox"/> Fuma Poco Todos los Días <input type="checkbox"/> Fuma Todos los Días <input type="checkbox"/> Fuma Mucho Todos los Días <input type="checkbox"/> Tabaco Sin Fumo (vaping, e-cigarettes, masticar) <input type="checkbox"/> Fumaba Anteriormente
Preferencia de idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____ Habla con Fluidez el Inglés: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Raza: <input type="checkbox"/> Blanca / Caucasia <input type="checkbox"/> Negra / Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / Nativo de otra isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Amerindia o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio asiática <input type="checkbox"/> Otra raza	Biológica (al nacer) Sexo: <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, homosexual <input type="checkbox"/> Straight o heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No se Sabe <input type="checkbox"/> Prefiero no Contestar <input type="checkbox"/> Otro: _____ Identidad de Género: <input type="checkbox"/> Se Identifica como Hombre <input type="checkbox"/> Se Identifica como Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero Hombre / Mujer/Mujer-a-Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero / Mujer / Hombre-a-Mujer <input type="checkbox"/> Inconformidad de género (ni exclusivamente masculino ni femenino) <input type="checkbox"/> Prefiero no Contestar <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional / Otro: _____	Estatus del Hogar: <input type="checkbox"/> Casa Permanente <input type="checkbox"/> Viviendo con otros temporalmente (varias familias en un hogar) <input type="checkbox"/> Sin hogar – viviendo en la calle <input type="checkbox"/> Refugio / Albergue <input type="checkbox"/> Vivienda transitoria <input type="checkbox"/> Vivienda Institucional <input type="checkbox"/> Otro: _____ ¿Cuánto tiempo ha vivido en su situación actual de vivienda? <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> 6 meses – 1 año <input type="checkbox"/> 1 año – 2 años <input type="checkbox"/> Mas de 2 años <input type="checkbox"/> Otro: _____ Veterano del Militar / Ex-combatiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, yo cumplí servicio en la guerra <input type="checkbox"/> Tengo a un familiar inmediato que cumplió servicio en la guerra
Etnia: <input type="checkbox"/> ¿No es de origen español, latino, o hispano? (Blanco, Indio Americano, Nativo de Alaska) <input type="checkbox"/> Otro origen español, latino de América central / Sur América <input type="checkbox"/> Latino sin saber el origen <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Cubano	Impedimentos/Discapacidades: <input type="checkbox"/> Discapacidad del Aprendizaje o Leer <input type="checkbox"/> Dificultades en la comunicación <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual o con el desarrollo <input type="checkbox"/> con discapacidad auditiva <input type="checkbox"/> Sordo <input type="checkbox"/> Ciego <input type="checkbox"/> Discapacidad neurológica <input type="checkbox"/> No-ambulatorios <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática <input type="checkbox"/> Otra discapacidad física o médica	¿Cuánto tiempo ha vivido en su situación actual de vivienda? <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> 6 meses – 1 año <input type="checkbox"/> 1 año – 2 años <input type="checkbox"/> Mas de 2 años <input type="checkbox"/> Otro: _____ Nivel de Educación: <input type="checkbox"/> Un poco de Prepa <input type="checkbox"/> Me gradué de la Prepa <input type="checkbox"/> Un poco de Universidad <input type="checkbox"/> Me gradué de la Universidad <input type="checkbox"/> Otro: _____ Trabajador en la Agricultura: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Estatus Civil <input type="checkbox"/> Casado / Viviendo Juntos <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo		
Menores de Edad Dependiendo de Usted: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Apoyo financiero para la Familia: <input type="checkbox"/> Estampillas de Comida <input type="checkbox"/> Programa Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF)		
Empleador: <input type="checkbox"/> Empleado/a <input type="checkbox"/> Sin Empleo <input type="checkbox"/> Necesito Ayuda y Recursos Para Emplearme		

HISTORIA DE USO DE DROGAS	No Aplica <input type="checkbox"/>	Cómo se toma:	Con qué frecuencia:	Edad al uso por 1ra vez:	Fecha de último uso:	
<input type="checkbox"/> Alcohol						
<input type="checkbox"/> Marijuana						
<input type="checkbox"/> Metanfetamina						
<input type="checkbox"/> Cocaína						
<input type="checkbox"/> Opiato/Heroína						
<input type="checkbox"/> Benzodiazepina						
<input type="checkbox"/> Otro:						
¿Alguna vez has tenido dificultades con el alcohol u otras drogas?					S	N
¿Hay alguien en tu familia actualmente tiene dificultad con el alcohol u otras drogas?					S	N
¿Alguna vez has usado drogas usando una aguja intravenosa?					S	N
¿Estás embarazada?					S	N

Nombre:

ID del Paciente:

Antecedentes de problemas de uso de drogas (últimos 12 meses; marque los que correspondan):

<input type="checkbox"/> Intento de parar el uso han fallado	<input type="checkbox"/> Apagones de memoria	<input type="checkbox"/> Pérdida de la Consciencia	<input type="checkbox"/> Temblor de Cuerpo
<input type="checkbox"/> Uso en la mañana	<input type="checkbox"/> Perturbación de Percepción	<input type="checkbox"/> Alucinación	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Remordimiento por el uso exceso	<input type="checkbox"/> Problemas Legales	<input type="checkbox"/> Encarcelación	<input type="checkbox"/> Problemas Financieros
<input type="checkbox"/> Lo/La Critican por Uso de Drogas Exceso	<input type="checkbox"/> Pierde el Trabajo	<input type="checkbox"/> Problemas Médicos	<input type="checkbox"/> Daño Físico
<input type="checkbox"/> Problemas con Responsabilidades en Casa	<input type="checkbox"/> Peleas o Discusiones	<input type="checkbox"/> Comparte Agujas	<input type="checkbox"/> Problemas con La Familia / Amigos

Si está en recuperación, cuál es el período más largo (número de días) de sobriedad en los últimos seis meses: _____
 ¿Ha asistido a los programas de Alcohólicos Anónimos AA Programa de 12 pasos? Sí No Número de Reuniones AA/NA Atendidas en los últimos 30 días: _____

Preguntas de la salud y la vida

¿Tiene una **Declaración de Voluntad Anticipada** o **Poder de Representación Legal Para la Atención Médica** que se encargue de sus necesidades médicas? Sí No

Preguntas de dolor: ¿Actualmente tienes dolor o molestias físicas? Sí No En caso que sí, ¿ubicación del dolor?
 Clasificación del dolor: (0 sin dolor, 10-lo más peor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ¿Cuándo comenzó el dolor? _____
 ¿Qué ayuda a aliviar el dolor? _____ ¿Qué empeora tu dolor? _____

Preguntas de tuberculosis: Marque cualquiera de los siguientes síntomas que está sintiendo:

- Sudor de Noche Dolor del Pecho Apariencia Mala del esputo
 Sangre cuando tose Tos que no se va Fiebre /Resfriado

¿Alguna vez te han dicho que tienes Tuberculosis (TB)? Sí No

¿Te han hecho una prueba de piel con tuberculosis positiva?

Sí No

¿Has estado expuesto recientemente a la tuberculosis? Sí No

¿Te han hecho una radiografía que no fue normal? Sí No

¿Has recibido tratamiento para la tuberculosis? Sí No

Preguntas de nutrición: Por favor, marque cualquiera de los siguientes que se aplican:

¿Come menos de 3-4 porciones de productos de frutas/vegetales y 2 productos de leche al día? Sí No

Tiene un apetito deficiente, o disminuyo en el consumo de alimentos Sí No

¿Tiene alergias alimentarias? Sí No

¿Has estado sintiendo náuseas/vómitos recientemente? Sí No

¿Tiene estreñimiento? Sí No

¿Tienes diarrea? Sí No

Pérdida de peso experimentada o aumento de 10 libras o más en los últimos 3 meses? Sí No

¿Te has atracado o inducido a vomitar? Sí No

¿Tiene alguna necesidad de tratamiento, específico a tu género que su proveedor debe tener en cuenta? _____

¿Hay algún problema cultural, étnico o religioso/espiritual que su terapeuta deba tener en cuenta? _____

¿Tiene una comunidad que comparte sus creencias religiosas/espirituales? Sí No

En caso afirmativo, ¿su comunidad es importante para usted Sí No

En caso afirmativo, ¿su comunidad es un apoyo positivo para usted? Sí No Mas o Menos

Miembros en el hogar: Nombre	Relación	Edad	Ocupación

INFORMACIÓN MÉDICA:

Medicamentos actuales	Dosis	Frecuencia	Por qué se prescribe la medicación	Proveedor de prescripción

Alergias a medicamentos/vacunas	Reacción(irritación del pañal, shock, etc.)

¿Tiene un proveedor de atención primaria (Medicina Familiar, Medicina Interna o Pediatra)? Sí No
 Nombre del proveedor de atención primaria: _____
 Número de Teléfono: _____

Altura:

Peso:

Nombre: _____

ID del Paciente: _____

¿Ha tenido los siguientes exámenes en el último año):

Examen Físico: Sí No Examen Dental: Sí No Examen Visual: Sí No Examen auditivo: Sí No

¿Su hijo recibe cuidado regular de bien estar con un médico de atención primaria? Sí No

¿Están actualizadas las vacunas de su hijo? Sí No

Nombre del médico: _____ Fecha del último examen físico _____ Número del doctor: _____

Nombre del dentista: _____ Fecha del último examen dental _____ Número del dentista: _____

Si es mujer, ¿estás embarazada? Sí No En caso afirmativo, ¿quién es el proveedor de atención prenatal? _____

Si no se ha realizado un examen físico en el último año, por favor haga una cita con su proveedor de atención primaria. Si necesita ayuda para localizar a un proveedor médico, avísele a alguien en nuestra oficina de esta necesidad.

¿Le gustaría hablar con alguien acerca de los servicios de atención primaria en A&C? Sí No

Historia Médica	Uno Mismo	El lado de la madre	El lado del padre	Comentarios
Síndrome de falta de Atención /ADHD				
SIDA/VIH				
Abuso/Violencia Doméstica				
Alergias/ Fiebre del Heno				
Enfermedad de Alzheimer				
Anemia				
Complicación de la anestesia				
Trastorno de ansiedad				
Artritis				
Asma				
Trastorno del espectro autista				
Trastorno bipolar				
Problema de vejiga o riñón				
Enfermedades de la sangre				
Transfusión de Sangre				
Lesión cerebral				
Cáncer Mamario				
Problemas Mamarios				
Enfermedad Crónica que Obstruye los Pulmones				
Cáncer				
Varicela				
Fallo Cardíaco Congestivo				
Estreñimiento				
Enfermedad de Arteria Coronaria				
Depresión				
Trastorno del desarrollo o del comportamiento				
Demencia				
Trastorno depresivo				

Nombre:

ID del Paciente:

Diabetes				
Dificultad para tragar				
Trastorno del sistema nervioso				
Diverticulitis				
Problemas auditivos o auditivos				
Trastorno alimenticio				
Eczema				
Epilepsia				
Disfunción Eréctil				
Fibromialgia				
Reflujo Ácido				
Problemas Gastrointestinal				
Glaucoma / Catarata				
Gota				
Dolores de cabeza / Migrañas				
Problemas del Corazón / Enfermedad del Corazón				
Soplo Cardíaco / Palpitación del Corazón				
Hepatitis				
Colesterol alto				
Historia de Tratar de Matarse				
Hipercolesterolemia				
Hipertensión / Presión Alta				
Hipertiroidismo				
Hipotiroidismo				
Enfermedad renal/piedras renales				
Trastorno del aprendizaje				
Enfermedad del Riñón /Cirrosis				
Enfermedad del Pulmón				
Exposición al SARM				
Enfermedad Mental				
Migraña				
Esclerosis Múltiple				
Problemas en los huesos, músculos o articulación de músculos				
Obesidad				
Osteoporosis / Debilidad de los huesos				
Cáncer Ovario				
Trastorno de pánico				

Nombre:

ID del Paciente:

Pólipos				
Embolismo Pulmonar				
Enfermedades reumáticas / Autoinmunes				
Apoplejia / Derrame Cerebral				
Historia de Thrombosis				
Esquizofrenia				
Convulsiones/Epilepsia				
Abuso sexual				
Problemas de la piel				
Trastorno del sueño				
Problemas de enfermedad tiroidea/tiroideo				
Síndrome de Tourette				
Tuberculosis				
Problemas visuales o de visión				
Ulceres				
Alucinación Visual				

HISTORIA QUIRÚRGICA PERSONAL

Cirugía	Si	No	Fecha	Comentarios
Cirugía Abdominal				
Cirugía de Adenoides				
Angioplastia				
Apéndice extirpado (Anidectomía)				
Cirugía de otonóculo / tubos de oído				
Cirugía de la espalda				
Mastectomía Bilateral				
Cirugía del Cerebro				
Biopsia mamal / Cirugía mamal				
Cirugía Cesárea				
Cirugía del Cáncer				
Cirugía del Cardíaca				
Cirugía para quitar la vesícula biliar				
Colonoscopia				
Colposcopia				
Cirugía Estética				
Cirugía de las orejas, nariz, garganta				
Cirugía de tubos auditivos				
Cirugía de los ojos				
Derivación Gástrica				

Nombre:

ID del Paciente:

Cirugía de Reproducción de Mujer				
Cirugía para quitar hemorroides internales				
Reparo de la hernia				
Histeroscopia				
Reemplazo de la Articulación				
Cirugía de la rodilla				
Cirugía para prevenir el Cáncer Cervical				
Laparoscopia				
Neurocirugía				
Cirugía Ortopédica				
Cistectomía Ovaria				
Histerectomía Parcial				
Cirugía del Prostate				
Cirugía de Reconstrucción				
Cirugía de la nariz				
Cirugía de bazo				
Cirugía de Tiroides				
Amigdalectomía				
Cirugía para quitar el colo				
Histerectomía Total				
Colectomía Total				
Ligadura de Trompas				
Colocación de derivación Ventrículo Peritoneal				
Vasectomía				
Otra:				

CUIDADO PRECAUTORIO

Examen	Fecha	Examen	Fecha
Colonoscopia o Análisis de Sangre del Excremento		Niveles PSA (Examen de Cáncer Prostático)	
Mamografía		Examen de Colesterol de Sangre	
Examen Pélvico / Papanicolaou		Examen de Hemoglobina A1C / Examen de Nivel de Azúcar	

HÁBITOS DE SALUD

Actividad Sexual **No Estoy / Está Sexualmente Activo/a**

Método anticonceptivo utilizado actualmente: _____ Ha tenido relaciones sexuales con: **Hombres / Mujeres/Ambos (circule uno)**

Ejercicio

Activo al menos 3 veces a la semana Activo al menos 1-2 veces a la semana Sedativo (muy poca actividad)

Actividades que hago: _____ Cosas que hacen el ejercicio difícil para mí: _____

HISTORIA DE ABUSE/TRAUMA: NO APLICA

Abuso Actual No Aplica Física Emocional Explotación Sexual Abandono
 Abuso del Pasado: No Aplica Física Emocional Explotación Sexual Abandono

Nombre:

ID del Paciente:

Mientras crecías, durante tus primeros 18 años de vida:	
1. ¿Un padre u otro adulto en el hogar a menudo ... ¿Decía groserías, te insultaba, te ofendía o te humillaba? O ¿Actuaba en una manera que te hacía tener miedo que te pudiera herir físicamente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Un padre u otro adulto en el hogar a menudo ... ¿Te empujaba, agarraba, pegaba o te lanzó algo a ti? O ¿ Alguna vez te golpeó tan fuerte que tenías marcas o te hirieron?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Un adulto o persona al menos 5 años más mayor que tu... ¿Te tocó o acarició o han tocado tu cuerpo de una manera sexual? O ¿Tratan o han tratado de tener sexo oral, anal o vaginal contigo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿ A menudo sentiste que ... ¿Nadie en tu familia te amaba o pensaba que eras importante o especial? O ¿Tu familia no se cuida el uno al otro o se apoyaste mutuamente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿ A menudo sentiste que ... ¿No tenías suficiente para comer, tenías que usar ropa sucia y no tenías a nadie que te protegiera? O ¿Tus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarte o llevarte al médico si lo necesitabas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Tus padres se separaron o se divorciaron alguna vez ?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. Tu madre/ padre o madrastra / padrastro: A menudo es empujado/a, agarrado/a, abofeteado/a, o han tenido objetos lanzado a ella/el? ¿O a veces o a menudo la/lo patean, muerden, golpean con un puño o golpeado con algo duro? ¿O alguna vez lo/la han golpeó repetidamente durante al menos unos minutos o lo/la han amenazó con un arma o un cuchillo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. ¿Has vivido con alguien que fuera un bebedor problemático o alcohólico o que usara drogas callejeras?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. ¿Has vivido con un miembro del hogar que está o ha estado deprimido o mentalmente enfermo o un en algún momento un miembro del hogar intentó suicidarse?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10. ¿Un miembro del hogar ha ido a prisión/ la cárcel?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Total de puntuaciones "Sí":	_____

FIRMA DEL PACIENTE/CUIDADOR:	
Verifiqué que he respondido a las preguntas anteriores lo mejor que puedo con mi conocimiento:	
Fecha de firma del paciente	Si corresponde, fecha de firma del tutor
RESEÑA DE HISTORIA:	
Comentarios clínicos:	
Fecha de firma del clínico	Fecha de firma del registrador