

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Haga una lista de las hospitalizaciones o visitas a la sala de emergencias

Fecha	Razón	Ubicación

Medicamentos o alergias

Medicina	Dosis	Razón para tomar		
Alergias		Reacción	Alergias	Reacción

Historial Médico

	Yo	Padre	Madre	Hermanos	Niños	Abuelos
Enfermedad coronaria						
Presión arterial alta o colesterol						
Enfermedad Vascular Cerebral/Accidente Cerebrovascular						
Enfermedad renal						
Cáncer						
Diabetes						
Aneurismas aórticos						
Condiciones de salud mental						
Uso de Drogas/Sustancias recreativas						
Otro:						

Nombres de proveedores / especialistas vistos desde su última visita

Nombre del médico	Tipo de especialidad y razón por la que los ve

Equipo médico (oxígeno/suministros/salud en el hogar)

Abastecimiento	¿Quién le presta este servicio?

Evaluación de riesgos para la salud

1. En las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su salud?	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala
2. ¿Come 5 porciones de frutas y verduras al día?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
3. ¿Hace ejercicio al menos 20 minutos, 3 o más veces a la semana?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
4. ¿Usted o un miembro de su familia está preocupado por su memoria?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
5. ¿Se siente demasiado cansado o fatigado con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
6. ¿Tiene algún dolor físico que limite sus actividades?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
7. ¿Tiene problemas de audición?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
8. ¿Tiene en su casa alfombras en el pasillo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
9. ¿Tiene barras de apoyo en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
10. ¿Se ha caído en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
11. ¿Tiene su casa poca iluminación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
12. 1. ¿Tiene pasamanos en las escaleras?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
13. 1. En las últimas 4 semanas, ha tenido dificultades haciendo alguna de estas actividades:				
<input type="checkbox"/> Caminar	<input type="checkbox"/> Subir y bajar las escaleras	<input type="checkbox"/> Ponerse de pie o sentarse	<input type="checkbox"/> Vestirse	<input type="checkbox"/> Cepillarse los dientes
<input type="checkbox"/> Bañarse o ducharse	<input type="checkbox"/> Usar el baño	<input type="checkbox"/> Alimentarse a sí mismo	<input type="checkbox"/> Manejo de medicamentos	<input type="checkbox"/> Cocinar
<input type="checkbox"/> Limpieza de la casa	<input type="checkbox"/> Lavar ropa	<input type="checkbox"/> Usar una computadora	<input type="checkbox"/> Usar el teléfono	<input type="checkbox"/> Administrar las finanzas o pagar las cuentas
<input type="checkbox"/> Usar el transporte público o conducir	<input type="checkbox"/> Compras			

14. En una escala del 1 al 10, en promedio, ¿qué número describe mejor su dolor?	<input type="text"/>
15. En una escala del 1 al 10, ¿qué número describe mejor cómo el dolor ha interferido con su calidad de vida?	<input type="text"/>
16. En una escala del 1 al 10, ¿qué número describe mejor cómo el dolor ha interferido con su diario vivir?	<input type="text"/>
17. ¿Tiene una instrucción anticipada de cuidado de salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18. ¿Le preocupan las infecciones de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
19. ¿Tiene una oficina dental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
20. ¿Cuál es el entorno de su hogar? (p. ej., vida asistida, alquiler, propiedad, compañero de cuarto)	
<hr/>	
21. ¿Usa cinturones de seguridad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
22. ¿Usa protector solar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No