

## HISTORIAL Y EXAMEN FÍSICO INICIAL DEL ADULTO

Fecha de hoy (mes/día/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Médico de cabecera: \_\_\_\_\_  LEP: Intérprete \_\_\_\_\_

### Por favor llene la siguiente información:

¿Cuál es el motivo principal de su visita en el día de hoy?			
¿Tiene hoy algún problema o síntoma del que quisiera hablar? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió sí, por favor explique brevemente:			
¿Es alérgico a algún medicamento o alimento? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió sí, por favor enumere los medicamentos o alimentos a los que es alérgico y su reacción a cada uno de ellos:			
Medicamentos actuales (Con receta / Sin receta): <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Multivitamínicos <input type="checkbox"/> Calcio <input type="checkbox"/> Anticonceptivos _____ <input type="checkbox"/> Otros:			
¿Ha estado hospitalizado o ha tenido lesiones graves o cirugías? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió sí, por favor explique brevemente:			
Condiciones de vivienda: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con familia: # de niños en el hogar _____ <input type="checkbox"/> Compañero de piso <input type="checkbox"/> Hogar de acogida/de grupo			
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			
Educación: <input type="checkbox"/> No es un estudiante. El más alto nivel escolar terminado: _____ <input type="checkbox"/> Estudiante actualmente: Escuela _____ Grado _____		Empleo: <input type="checkbox"/> Sin empleo <input type="checkbox"/> Empleado actualmente: ¿Dónde? _____	
Por favor marque si tiene o ha tenido alguno de los siguientes: <input type="checkbox"/> NINGUNA QUEJA ACTUALMENTE			
<b>CONSTITUCIONAL</b> <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofríos <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Cambio de peso reciente	<b>CABEZA, CARA, CUELLO</b> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Disminución de la expresión facial <input type="checkbox"/> Reciente pérdida del cabello <input type="checkbox"/> Sensibilidad del cuero cabelludo <input type="checkbox"/> Inflamación de glándulas en el cuello	<b>CARDIOVASCULAR</b> <input type="checkbox"/> Angina o infarto <input type="checkbox"/> Dolor o presión en el pecho <input type="checkbox"/> Latidos cardíacos rápidos o irregulares <input type="checkbox"/> Inflamación de pies/tobillos <input type="checkbox"/> Circulación pobre <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre <input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<b>RESPIRATORIO</b> <input type="checkbox"/> Asma o sibilancia <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Tos con producción mucosa <input type="checkbox"/> Tos crónica o frecuente <input type="checkbox"/> Tos seca <input type="checkbox"/> Dolor al respirar <input type="checkbox"/> Escape/tose sangre
<b>VISTA</b> <input type="checkbox"/> Visión borrosa o doble <input type="checkbox"/> Resequedad/enrojecimiento <input type="checkbox"/> Usa anteojos o lentes de contacto <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Glaucoma	<b>PECHO/MAMAS</b> <input type="checkbox"/> Secreción de las mamas <input type="checkbox"/> Nódulos en las mamas <input type="checkbox"/> Dolor en las mamas <input type="checkbox"/> Implantes de mamas	<b>GENITOURINARIO</b> <input type="checkbox"/> Dolor o ardor al orinar <input type="checkbox"/> Sangre o pus en la orina <input type="checkbox"/> Incontinencia o goteo <input type="checkbox"/> Secreciones vaginales <input type="checkbox"/> Menstruaciones irregulares <input type="checkbox"/> Menstruaciones dolorosas <input type="checkbox"/> Problemas en la próstata <input type="checkbox"/> Dolor en los testículos <input type="checkbox"/> Dificultad sexual <input type="checkbox"/> Erupción o úlceras genitales	<b>MUSCULOESQUELÉTICO</b> <input type="checkbox"/> Dolor en la espalda <input type="checkbox"/> Frío en las extremidades <input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones <input type="checkbox"/> Rigidez o inflamación en las articulaciones <input type="checkbox"/> Debilidad en los músculos o articulaciones <input type="checkbox"/> Camina con ayuda de accesorios <input type="checkbox"/> Dificultad para subir escaleras
<b>OÍDOS/NARIZ/BOCA/GARGANTA</b> <input type="checkbox"/> Dolor de oídos o drenaje <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Sinusitis o problemas <input type="checkbox"/> Sangrado por la nariz <input type="checkbox"/> Dolores frecuentes en la garganta <input type="checkbox"/> Resequedad en la boca <input type="checkbox"/> Mal aliento/mal sabor <input type="checkbox"/> Llagas o úlceras en la boca <input type="checkbox"/> Cambios en la voz <input type="checkbox"/> Sangramiento de las encías <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> Dentadura postiza	<b>GASTROINTESTINAL</b> <input type="checkbox"/> Acidez o indigestiones <input type="checkbox"/> Pérdida del apetito <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Cambios en los hábitos de evacuaciones <input type="checkbox"/> Evacuaciones dolorosas <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarreas frecuentes <input type="checkbox"/> Hemorroides/sangre en las heces <input type="checkbox"/> Náuseas o vómitos <input type="checkbox"/> Resultados anormales en pruebas del hígado/enfermedades del hígado	<b>PIEL</b> <input type="checkbox"/> Erupción o comezón <input type="checkbox"/> Cambios en lunares <input type="checkbox"/> Cambios en la coloración de la piel <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Nódulos o protuberancias en la piel <input type="checkbox"/> Le salen hematomas fácilmente <input type="checkbox"/> Llagas que no sanan	<b>NEUROLÓGICO/PSIQUIÁTRICO</b> <input type="checkbox"/> Convulsiones o ataques <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria o confusión <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Depresión
<b>ENDOCRINO</b> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides <input type="checkbox"/> Sed excesiva <input type="checkbox"/> Cambio en la tolerancia al calor/frío			

Por favor marque  aquellos que le correspondan a usted o familiares consanguíneos.

	Usted (Paciente)	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Abuelo(a)	Hijo(a)
VIH/SIDA							
Adicción al alcohol / drogas							
Alzheimer							
Artritis							
Asma							
Defectos congénitos							
Trastornos hemorrágicos / Coagulopatía							
Cáncer							
Mutación en los genes BRCA							
EPOC / Enfisema / Bronquitis crónica							
Diabetes							
Epilepsia / Convulsiones / Ataques							
Infarto / Accidente cerebrovascular							
Presión arterial alta							
Colesterol alto							
Enfermedades de los riñones							
Enfermedades del hígado / Hepatitis							
Enfermedades mentales / Depresión							
Osteoporosis							
Células falciformes							
Trastornos de la tiroides							
Tuberculosis/TB							
Otros:							

<b>Nutrición: marque los alimentos que usted come todos los días</b> <input type="checkbox"/> Leche / Lácteos <input type="checkbox"/> Carnes <input type="checkbox"/> Vegetales <input type="checkbox"/> Frutas <input type="checkbox"/> Pan o granos		<b>¿Le preocupa su peso?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Ejercicio</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Frecuentemente			
<b>Tabaco / Expuesto a fumadores</b> <input type="checkbox"/> Nunca usó <input type="checkbox"/> Expuesto a fumadores <input type="checkbox"/> Usó antes: tipo _____ <input type="checkbox"/> Usa ahora: tipo _____ (# por día _____)		<b>Alcohol</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Rara vez: tipo _____ <input type="checkbox"/> Ocasionalmente: tipo _____ <input type="checkbox"/> Frecuentemente: tipo _____		<b>Drogas de la calle</b> <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Rara vez: tipo _____ <input type="checkbox"/> Ocasionalmente: tipo _____ <input type="checkbox"/> Frecuentemente: tipo _____		<b>Salud mental: (en los últimos 90 días)</b> <input type="checkbox"/> Ningún problema <input type="checkbox"/> Depresión leve/moderada <input type="checkbox"/> Depresión grave <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Pensamientos de hacerse daño a sí mismo/otros	
<b>Salud dental</b> <input type="checkbox"/> Cepillado diario <input type="checkbox"/> Hilo dental diario <input type="checkbox"/> Visita al dentista cada 6 meses		<b>Fuentes de agua:</b> <input type="checkbox"/> Pozo <input type="checkbox"/> Cisterna <input type="checkbox"/> Embotellada <input type="checkbox"/> Ciudad		<b>Viajes:</b> <input type="checkbox"/> No ha viajado fuera de EE.UU. <input type="checkbox"/> Viajó fuera de EE.UU.: País/Año _____/_____			
<b>Abuso / Negligencia / Violencia:</b> <input type="checkbox"/> Sin temor a daños <input type="checkbox"/> Presión para tener relaciones sexuales <input type="checkbox"/> No se atienden las necesidades diarias <input type="checkbox"/> Contacto sexual forzado <input type="checkbox"/> Temor de abuso verbal/físico <input type="checkbox"/> Sexo por dinero o drogas		<b>Activo sexualmente con:</b> <input type="checkbox"/> No está activo <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Ambos Número de parejas: en el último mes _____ en los últimos 2 meses _____ en los últimos 12 meses _____		<b>Sólo para mujeres:</b> ¿Usted se examina las mamas todos los meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Primer día de su última menstruación: (mes/día/año) _____/_____/_____			
<b>Plan de vida reproductiva:</b> ¿Tiene algún hijo? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no   ¿Quiere tener más hijos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió sí, ¿cuántos más hijos quiere tener, y cuándo? _____ ¿Qué tipo de control de la natalidad está usando para prevenir un embarazo? _____ <input type="checkbox"/> ninguno							
<b>Firma del paciente:</b>		<b>Firma del proveedor de atención a la salud:</b>		<b>Fecha:</b>			

**TO BE COMPLETED BY HEALTHCARE PROVIDER  
(PARA SER LLENADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN A LA SALUD)**

FEMALES ONLY	MALES ONLY
Age of menarche: # Days between periods:                      # Days of bleeding: Problems with menses: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Describe:	# living children: Fertility problems: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Describe:
Age at first pregnancy: G            Para            SAB            ETP # living children:	Hx of testicular biopsy: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Date / Year: Result:
Hx of NTD: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	PSA testing: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Most recent date / year: Result:
Age at last pregnancy: Date of last delivery:	Hx of abnl PSA: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Date / Year: Result:
Fertility problems: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Describe:	Digital rectal exams: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Most recent date / year: Result:
Currently using contraception: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Type:	Hx of abnl digital rectal exam: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Date / Year: Result:
Interruption in B/C method? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Describe:	Sigmoidoscopy: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Date / Year: Result:
Menopausal symptoms: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Describe:	FOBT: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no            Year: Result: <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg
HRT: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Type:	Colonoscopy: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no            Year: Result:
Age at final menses:	SEXUAL HISTORY
Rubella status: <input type="checkbox"/> immune <input type="checkbox"/> unknown	Sexual partners: <input type="checkbox"/> men <input type="checkbox"/> women <input type="checkbox"/> both
DES Exposure: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> unknown	# Sexual partners: lifetime___ last year___ last 60 days___ last 30 days___ Aware of sexual hx of sexual partner(s) <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not sure
Routine Pap Tests: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Most recent date / Year:            Result:	Sex with anonymous partners: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Hx of abnl pap / HPV: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Date / Year:            Result:	First sexual contact <18 yrs of age: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Hx of colposcopy/biopsy: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Date / Year:            Result:	Bleeding, spotting, pain with intercourse: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Describe:
Mother, sister, daughter with breast cancer < age 50? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	Condoms used routinely: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Currently breastfeeding: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Ever breastfed: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	Hx of STDs: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Hx of ≥ 2 STDs: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Disease(s):
Routine Mammograms: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Most recent date / Year:            Result:	HIV tested: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no            Most recent date: Result: <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg
Hx of abnl mammogram / CBE: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Date / Year:            Result:	Unprotected sex since last test: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Hx of breast biopsy: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Date / Year:            Result:	<b>Sexually active minors only</b> : Age of partner: _____
FOBT: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no            Year:            Result: <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	<b>Lead Assessment:</b> Verbal Risk Assessment: <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> N/A Tested Today: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no            Referred for testing: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Colonoscopy: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no            Year:            Result:	
<b>Immunization Status:</b> <input type="checkbox"/> Up to date by patient report <input type="checkbox"/> Records Requested <input type="checkbox"/> See Vaccine Administration Record <input type="checkbox"/> Vaccines given today	
<b>Preventive Health Education: topics discussed today</b> <input type="checkbox"/> Child development <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Preconception /Folic Acid <input type="checkbox"/> Pelvic / Pap <input type="checkbox"/> Immunizations <input type="checkbox"/> Mental Health <input type="checkbox"/> Prenatal / Genetics <input type="checkbox"/> HRT <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> DV/SA <input type="checkbox"/> SBE /Mammogram <input type="checkbox"/> STD / HIV/ HCV <input type="checkbox"/> Hearing/Vision <input type="checkbox"/> ATOD / Cessation / SHS <input type="checkbox"/> Options Counseling <input type="checkbox"/> Lead exposure (ACH-25a) <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Reproductive Life Plan <input type="checkbox"/> Diet / Nutrition <input type="checkbox"/> CVD <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Physical activity <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> STE / PSA	<b>Educational Handouts:</b> <input type="checkbox"/> FPDM <input type="checkbox"/> PTEM <input type="checkbox"/> CSEM <input type="checkbox"/> Other: <b>Minor Family Planning Counseling:</b> <input type="checkbox"/> Abstinence <input type="checkbox"/> Sexual coercion <input type="checkbox"/> Benefits of parental involvement in choices
Patient verbalizes understanding of education given <input type="checkbox"/>	
<b>Healthcare Provider Signature:</b>	<b>Date:</b>

**SUBJECTIVE / PRESENTING PROBLEM:**

**OBJECTIVE: General Multi-System Examination**

SYSTEM		NL	ABNORMAL		SYSTEM	NL	ABNORMAL		
Constitutional	General appearance				Lymphatic				
	Nutritional status				Neck, Axilla, Groin AC				
	Vital signs				Spine				
HEENT	Head: Fontanel, Scalp				Musculoskeletal				
	Eyes: PERRL				ROM				
	Conjunctivae, lids				Symmetry				
	Ear: Canals, Drums				Skin / SQ Tissue				
	Hearing				Inspection (rashes)				
	Nose: Mucosa/ Septum				Palpation (nodules)				
	Mouth: Lips, Palate				Neurological				
	Teeth, Gums			Reflexes					
	Throat: Tonsils			Sensation					
	Neck	Overall appearance			Psychiatric				
Respiratory	Thyroid			Orientation					
	Respiratory effort			Mood / Affect					
Cardiovascular	Lungs			<b>EXPLANATION OF ABNORMAL FINDINGS:</b>					
	Heart								
	Femoral/Pedal pulses								
Chest	Extremities								
	Thorax								
	Nipples								
Gastrointestinal	Breasts								
	Abdomen								
	Liver / Spleen								
Genitourinary	Anus / Perineum								
	Male: Scrotum								
	Testes								
	Penis								
	Prostate								
	Female: Genitalia								
	Vagina								
	Cervix								
	Uterus								
	Adnexa								
<b>ASSESSMENT:</b>									
<b>PLAN:</b>									
<b>Testing today:</b> <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> GC/Chlamydia urine <input type="checkbox"/> GC/Chlamydia swab <input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> Hep C <input type="checkbox"/> TST <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Pap <input type="checkbox"/> Lead <input type="checkbox"/> Hgb <input type="checkbox"/> Cholesterol <input type="checkbox"/> Blood Glucose <input type="checkbox"/> Urine PT / UCG: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - Planned? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Wet Mount <input type="checkbox"/> Other:				<b>Medications/Supplies:</b> <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> MV / Folic Acid Number of bottles given _____ <input type="checkbox"/> Birth Control Method _____ <input type="checkbox"/> given <input type="checkbox"/> Rx <input type="checkbox"/> Foam Issued (#) _____ <input type="checkbox"/> Condoms Issued (#) _____ <input type="checkbox"/> Foam/Condoms offered; pt. declined <input type="checkbox"/> Other:		<b>Recommendations made to client, for scheduling of follow-up testing and procedures, based on assessment:</b> <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Hearing <input type="checkbox"/> FBS /GTT <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Lipid Screen <input type="checkbox"/> Hgb <input type="checkbox"/> Pap Smear <input type="checkbox"/> Sickle Cell <input type="checkbox"/> Lead <input type="checkbox"/> Mammogram <input type="checkbox"/> Ultrasound <input type="checkbox"/> UCG/HCG <input type="checkbox"/> TST / CXR <input type="checkbox"/> Bone Density <input type="checkbox"/> Liver Panel <input type="checkbox"/> Blood Glucose <input type="checkbox"/> Colorectal Scr. <input type="checkbox"/> Ovarian Cancer Scr <input type="checkbox"/> Other:		<b>Referrals made:</b> <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> PCP, Medical Home <input type="checkbox"/> HANDS <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Pediatrician <input type="checkbox"/> FP <input type="checkbox"/> Specialist: <input type="checkbox"/> Radiology <input type="checkbox"/> MNT with RD <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Social Services <input type="checkbox"/> 1-800-QUIT-NOW <input type="checkbox"/> Freedom from Smoking <input type="checkbox"/> Other:	
<b>Healthcare Provider Signature:</b>				<b>Date:</b>		<b>Recommended RTC:</b>			