

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____ Edad: ____ Médico de cabecera: ____ ☐ LEP: Intérprete ____

Por favor complete la información siguiente:

¿Cuál es la razón principal de su visita en el día de hoy?			
¿Tiene hoy algún problema o síntomas de los que quisiera hablar? ☐ sí ☐ no Si respondió sí, por favor explique brevemente:			
¿Es alérgico a algún medicamento o alimento? ☐ sí ☐ no Si respondió sí, por favor enumere los medicamentos o alimentos a los que hace alergia y su reacción a cada uno de ellos:			
Medicamentos actuales (Con receta / Sin receta): ☐ Ninguno ☐ Multivitamínicos ☐ Ácido fólico ☐ Calcio ☐ Anticonceptivos ☐ Otros:			
¿Desde su última visita ha estado hospitalizado, ha tenido lesiones graves o cirugías? ☐ sí ☐ no Si respondió sí, por favor explique brevemente:			
Desde su última visita, por favor marque si ha habido cambios significativos de salud en los siguientes: ☐ Paciente (usted) ☐ Padre/Madre ☐ Hermana/Hermano ☐ Niño ☐ Abuelos ☐ Ninguno Por favor describa cualquier cambio:			
Desde su última visita, por favor marque si usted ha tenido cambios significativos en los siguientes: ☐ Nivel educativo ☐ Situación laboral ☐ Estado civil ☐ Condiciones de vida ☐ Ninguno Por favor describa cualquier cambio:			
Nutrición: marque los alimentos que come todos los días ☐ Leche / Lácteos ☐ Carnes ☐ Vegetales ☐ Frutas ☐ Pan o granos		¿Le preocupa su peso? ☐ Sí ☐ No	
		Ejercicios ☐ Ninguno ☐ Rara vez ☐ Ocasionalmente ☐ Frecuentemente	
Tabaco / Expuesto a fumadores ☐ Nunca he usado ☐ Expuesto a fumadores ☐ Usé antes: tipo _____ ☐ Uso ahora: tipo _____ (# por día _____)	Alcohol ☐ Ninguno ☐ Rara vez: tipo _____ ☐ Ocasionalmente: tipo _____ ☐ Frecuentemente: tipo _____	Drogas comunes de la calle ☐ Ninguna ☐ Rara vez: tipo _____ ☐ Ocasionalmente: tipo _____ ☐ Frecuentemente: tipo _____	Salud Mental: (en los últimos 90 días) ☐ Ningún problema ☐ Depresión leve/moderada ☐ Depresión grave ☐ Pensamientos de hacerse daño a sí mismo/otros
Salud Dental ☐ Cepillado diario ☐ Hilo dental diario ☐ Visitas al dentista cada 6 meses		Fuentes de agua: ☐ Pozo ☐ Cisterna ☐ Embotellada ☐ Ciudad	
Abuso / Negligencia / Violencia: ☐ Sin temor a daños ☐ Presión para tener relaciones sexuales ☐ No se atienden las necesidades diarias ☐ Contacto sexual forzado ☐ Temor de abuso verbal/físico ☐ Sexo por dinero o drogas		Activo(a) Sexualmente: ☐ Sí ☐ No Sólo para el sexo masculino: ¿Usted examina sus testículos todos los meses? ☐ Sí ☐ No	
		Viajes: ☐ No ha viajado fuera de USA ☐ Viajó fuera de USA: País/Año _____ / _____	
		Sólo para el sexo femenino: ¿Usted se examina las mamas todos los meses? ☐ Sí ☐ No Primer día de su última menstruación: ____ / ____ / ____	
Firma del paciente:		fecha:	

TO BE COMPLETED BY HEALTHCARE PROVIDER (PARA SER LLENADO POR EL PROVEEDOR)

Immunization Status: ☐ Up to date by patient report ☐ Records Requested ☐ See Vaccine Administration Record ☐ Vaccines given today		Lead Assessment: Verbal Risk Assessment: ☐ neg ☐ pos ☐ NA Tested Today: ☐ yes ☐ no Referred for testing: ☐ yes ☐ no	
Preventive Health Education: topics discussed today ☐ Child development ☐ Physical activity ☐ Preconception /Folic Acid ☐ Pelvic / Pap ☐ Immunizations ☐ Safety ☐ Prenatal / Genetics ☐ SBE /Mammogram ☐ Dental ☐ Mental Health ☐ CVD ☐ STE / PSA ☐ Hearing/Vision ☐ DV/SA ☐ Arthritis ☐ HRT ☐ Lead exposure (ACH-25a) ☐ ATOD / Cessation / SHS ☐ Osteoporosis ☐ STD / HIV ☐ Diet / Nutrition ☐ Diabetes ☐ Cancer ☐ Family planning ☐ MINOR Family Planning: Sexual coercion. Abstinence. Benefits of parental involvement. ☐ Options Counseling			Educational Handouts: ☐ FPDM ☐ PTM ☐ CSEM ☐ Other: Patient Verbalizes Understanding of Education given ☐

Healthcare Provider Signature:

Date:

SUBJECTIVE / PRESENTING PROBLEM:**OBJECTIVE: General Multi-System Examination**

SYSTEM		NL	ABNORMAL		SYSTEM		NL	ABNORMAL
Constitutional	General appearance				Lymphatic	Neck, Axilla, Groin		
	Nutritional status					Spine		
	Vital signs				Musculoskeletal	ROM		
HEENT	Head: Fontanelles, Scalp					Symmetry		
	Eyes: PERRL				Skin / SQ Tissue	Inspection(rashes)		
	Conjunctivae, lids					Palpation (nodules)		
	Ear: Canals, Drums				Neurological	Reflexes		
	Hearing					Sensation		
	Nose: Mucosa/ Septum				Psychiatric	Orientation		
	Mouth: Lips, Palate					Mood / Affect		
	Teeth, Gums			EXPLANATION OF ABNORMAL FINDINGS:				
	Throat: Tonsils							
Neck	Overall appearance							
	Thyroid							
Respiratory	Respiratory effort							
	Lungs							
Cardiovascular	Heart							
	Femoral/Pedal pulses							
	Extremities							
Chest	Thorax							
	Nipples							
	Breasts							
Gastrointestinal	Abdomen							
	Liver / Spleen							
	Anus / Perineum							
Genitourinary	Male: Scrotum							
	Testes							
	Penis							
	Prostate							
	Female: Genitalia							
	Vagina							
	Cervix							
	Uterus							
	Adnexa							
				Tanner Stage: ☐ typical ☐ atypical				
				X-Ray: Type: _____ Result: _____ Date taken: _____ ☐ No Change Date read: _____ ☐ Neg/Non-remarkable Date compared with: _____ ☐ Improved ☐ Worsening				
				TB Classification: ☐ TB suspect ☐ 0 No TB exposure, not infected ☐ I TB exposure, no evidence of infection ☐ II TB infection, without disease ☐ III TB, clinically active ☐ IV TB, not clinically active Site of infection: ☐ Pulmonary __Cavity __Non Cavity ☐ Other:				

ASSESSMENT:**PLAN:**

Testing today: ☐ N/A ☐ GC ☐ Chlamydia ☐ UA ☐ TST ☐ VDRL ☐ HIV ☐ Pap ☐ Lead ☐ Hgb ☐ Cholesterol ☐ Blood Glucose ☐ Urine PT / UCG: ☐ Pos ☐ Neg Planned pregnancy? ☐ Yes ☐ No ☐ Wet Mount ☐ Other:	Medications/Supplies: ☐ N/A ☐ MV / Folic Acid Number of bottles given _____ ☐ Birth Control Method given: _____ ☐ Foam Issued (#) _____ ☐ Condoms Issued (#) _____ ☐ Foam/Condoms offered; pt. declined ☐ Other:	Recommendations made to client, for scheduling of follow-up testing and procedures, based on assessment: ☐ N/A ☐ Vision ☐ Hearing ☐ FBS /GTT ☐ Dental ☐ Lipid Screen ☐ Hgb ☐ Pap Smear ☐ Sickle Cell ☐ Lead ☐ Mammogram ☐ Ultrasound ☐ UCG/HCG ☐ Bone Density ☐ Liver Panel ☐ Blood Glucose ☐ Colorectal Scr. ☐ Ovarian Cancer Scr. ☐ Other:	Referrals made: ☐ N/A ☐ PMD ☐ HANDS ☐ Pediatrician ☐ WIC ☐ Specialist: ☐ FP ☐ Radiology ☐ Medicaid ☐ MNT with RD ☐ Social Services ☐ 1-800-QUIT-NOW ☐ Cooper Clayton Classes ☐ Other:
---	--	---	---

Healthcare Provider Signature:

Date:

Recommended RTC: