

Today's Date: ____ / ____ / ____ Age: _____ Family Doctor: _____ LEP: Interpreter _____

Haga el favor de llenar la siguiente información:

¿Cuál es el motivo principal de su visita en el día de hoy?			
¿Está presentando algún problema o síntoma del que quisiera habernos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió que sí, haga el favor de explicar brevemente:			
¿Es alérgico(a) a alguna medicina o alimento? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió que sí, haga el favor de escribir las medicinas o los alimentos a los que es alérgico(a) y la reacción que le provoca cada uno:			
Medicamentos actuales (<i>Por receta / Sin receta</i>): <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Multivitamínicos <input type="checkbox"/> Calcio <input type="checkbox"/> Anticonceptivos _____ <input type="checkbox"/> Otros:			
En el tiempo que ha pasado desde su última visita, ¿ha tenido alguna hospitalización, cirugía o alguna lesión de envergadura? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió que sí, haga el favor de explicar brevemente:			
Haga el favor de marcar donde corresponda si después de su última visita ha habido algún cambio de envergadura en la salud de alguna de las siguientes personas: <input type="checkbox"/> Paciente (usted) <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Hijo(s) <input type="checkbox"/> Abuelo(s) <input type="checkbox"/> Nadie Haga el favor de describir cualquier cambio que haya:			
Haga el favor de marcar donde corresponda si después de su última visita ha habido algún cambio de envergadura en cuanto a lo siguiente: <input type="checkbox"/> Estatus educacional <input type="checkbox"/> Situación de empleo <input type="checkbox"/> Estado civil <input type="checkbox"/> Condiciones de vida <input type="checkbox"/> Ninguno Haga el favor de describir cualquier cambio que haya:			
Nutrición: marque los alimentos que come a diario <input type="checkbox"/> Leche / Lácteos <input type="checkbox"/> Carnes <input type="checkbox"/> Vegetales <input type="checkbox"/> Frutas <input type="checkbox"/> Panes o granos		¿Hay algo que le inquiete con respecto a su peso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ejercicios <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Raras veces <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> Con frecuencia			
Tabaquismo / Exposición al humo <input type="checkbox"/> Nunca he fumado <input type="checkbox"/> Expuesto(a) al humo <input type="checkbox"/> Fumaba: tipo _____ <input type="checkbox"/> Fumo ahora: tipo _____ (# por día _____)		Alcohol <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Raras veces: tipo _____ <input type="checkbox"/> De vez en cuando: tipo _____ <input type="checkbox"/> Con frecuencia: tipo _____	
Drogas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Raras veces: tipo _____ <input type="checkbox"/> De vez en cuando: tipo _____ <input type="checkbox"/> Con frecuencia: tipo _____		Salud mental: (en los últimos 90 días) <input type="checkbox"/> Ningún problema <input type="checkbox"/> Depresión leve/moderada <input type="checkbox"/> Depresión severa <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Pensamientos de lastimarse a uno mismo / a otros	
Salud dental <input type="checkbox"/> Cepillado diario <input type="checkbox"/> Uso diario del hilo dental <input type="checkbox"/> Consulta dental cada 6 meses		Fuente de agua: <input type="checkbox"/> Pozo <input type="checkbox"/> Cisterna <input type="checkbox"/> De botella <input type="checkbox"/> De la municipalidad	
Viajes: <input type="checkbox"/> No fuera de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Fuera de los EE. UU.: País/Año _____ / _____		Solo para las mujeres: ¿Se chequea los senos todos los meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Primer día del último periodo menstrual: ____ / ____ / ____	
Maltrato / Negligencia / Violencia: <input type="checkbox"/> Cero temor de sufrir daños <input type="checkbox"/> Presión para tener relaciones sexuales <input type="checkbox"/> Necesidades cotidianas no satisfechas <input type="checkbox"/> Contacto sexual forzado <input type="checkbox"/> Temor de sufrir maltrato verbal/físico <input type="checkbox"/> Sexo por dinero o drogas		Sexualmente activo(a) con: <input type="checkbox"/> cero actividad sexual <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Ambos Número de parejas: En el mes pasado ____ en los 2 últimos meses ____ En los 12 últimos meses ____	
Plan reproductivo: ¿Tiene hijos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Quiere más hijos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió que sí, ¿cuántos hijos más quiere y para cuándo? _____			
Firma del paciente:		Fecha:	
TO BE COMPLETED BY HEALTHCARE PROVIDER			
Immunization Status: <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		Lead Assessment: Verbal Risk Assessment: <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> NA Tested Today: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Referred for testing: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Preventive Health Education: topics discussed today <input type="checkbox"/> Child development <input type="checkbox"/> Physical activity <input type="checkbox"/> Preconception /Folic Acid <input type="checkbox"/> Pelvic / Pap <input type="checkbox"/> Immunizations <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Prenatal / Genetics <input type="checkbox"/> SBE /Mammogram <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Mental Health <input type="checkbox"/> CVD <input type="checkbox"/> STE / PSA <input type="checkbox"/> Hearing/Vision <input type="checkbox"/> DV/SA <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> HRT <input type="checkbox"/> Lead exposure (ACH-25a) <input type="checkbox"/> ATOD / Cessation / SHS <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> STD / HIV <input type="checkbox"/> Diet / Nutrition <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Reproductive Life Plan <input type="checkbox"/> Options Counseling			Educational Handouts: <input type="checkbox"/> FPEM <input type="checkbox"/> PTEM <input type="checkbox"/> CSEM <input type="checkbox"/> Other:
<input type="checkbox"/> MINOR Family Planning: <input type="checkbox"/> Sexual coercion. <input type="checkbox"/> Abstinence. <input type="checkbox"/> Benefits of parental involvement.			Patient Verbalizes Understanding of Education given <input type="checkbox"/>
Healthcare Provider Signature:		Date:	

SUBJECTIVE / PRESENTING PROBLEM:

OBJECTIVE: General Multi-System Examination

SYSTEM	WNL	ABNORMAL		SYSTEM	WNL	ABNORMAL
Constitutional	General appearance			Lymphatic	Neck, Axilla, Groin	
	Nutritional status			Spine		
	Vital signs			Musculoskeletal	ROM	
HEENT	Head: Fontanel, 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					
Throat: Tonsils						
Neck	Overall appearance		EXPLANATION OF ABNORMAL FINDINGS:			
	Thyroid					
Respiratory	Respiratory effort					
	Lungs					
Cardiovascular	Heart					
	Femoral/Pedal pulses					
	Extremities					
Chest	Thorax					
	Nipples					
	Breasts					
Gastro-intestinal	Abdomen					
	Liver / Spleen					
	Anus / Perineum					
Genitourinary	Male: Scrotum					
	Testes					
	Penis					
	Prostate					
	Female: Genitalia					
	Adnexa					
			Tanner Stage: <input type="checkbox"/> typical <input type="checkbox"/> atypical X-Ray: Type: _____ Result: _____ Date taken: _____ <input type="checkbox"/> No Change Date read: _____ <input type="checkbox"/> Neg/Non-remarkable Date compared with: _____ <input type="checkbox"/> Improved <input type="checkbox"/> Worsening TB Classification: <input type="checkbox"/> TB suspect <input type="checkbox"/> 0 No TB exposure, not infected <input type="checkbox"/> I TB exposure, no evidence of infection <input type="checkbox"/> II TB infection, without disease <input type="checkbox"/> III TB, clinically active <input type="checkbox"/> IV TB, not clinically active Site of infection: <input type="checkbox"/> Pulmonary __Cavity __Non Cavity <input type="checkbox"/> Other: _____			

Sexually active minors: Age of partner: _____

ASSESSMENT:

PLAN:

Testing today: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> GC /Chlamydia urine <input type="checkbox"/> GC/Chlamydia swab <input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> TST <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hep C <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"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg Planned pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Wet Mount <input type="checkbox"/> Other: _____	Medications/Supplies: <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: _____	Recommendations made to client, for scheduling of follow-up testing and procedures, based on assessment: <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"/> Other: <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. : _____	Referrals made: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> PCP/Medical Home <input type="checkbox"/> Pediatrician <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Specialist: <input type="checkbox"/> FP <input type="checkbox"/> Radiology <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> MNT with RD <input type="checkbox"/> HANDS <input type="checkbox"/> Social Services <input type="checkbox"/> 1-800-QUIT-NOW <input type="checkbox"/> Freedom from Smoking <input type="checkbox"/> Other: _____
--	--	---	--

Healthcare Provider Signature:

Date:

Recommended RTC: