|  |
| --- |
| ¿Cuál es el motivo principal de su visita en el día de hoy?**Por favor llene la siguiente información:** |
| ¿Tiene hoy algún problema o síntoma del que quisiera hablar?  sí  noSi respondió sí, por favor explique brevemente:  |
| ¿Es alérgico a algún medicamento o alimento?  sí  noSi 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)*:  Ninguno  Multivitamínicos  Calcio  Anticonceptivos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otros:  |
| ¿Ha estado hospitalizado o ha tenido lesiones graves o cirugías?  sí  noSi respondió sí, por favor explique brevemente:  |
| Condiciones de vivienda:  Solo  Con familia: # de niños en el hogar\_\_\_\_\_\_\_  Compañero de piso  Hogar de acogida/de grupo |
| Estado civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a) |
| Educación:  No es un estudiante. El más alto nivel escolar terminado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estudiante actualmente: Escuela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grado\_\_\_\_\_\_  | Empleo:  Sin empleo Empleado actualmente: ¿Dónde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Por favor marque si tiene o ha tenido alguno de los siguientes:**  **NINGUNA QUEJA ACTUALMENTE****CONSTITUCIONAL**  **CABEZA, CARA, CUELLO CARDIOVASCULAR RESPIRATORIO** Fatiga  Dolores de cabeza  Angina o infarto  Asma o sibilancia Dificultad para dormir  Disminución de la expresión facial  Dolor o presión en el pecho  Dificultad para respirar Fiebre/escalofríos  Reciente pérdida del cabello  Latidos cardíacos rápidos o irregulares  Tos con producción mucosa Sudores nocturnos  Sensibilidad del cuero cabelludo  Inflamación de pies/tobillos  Tos crónica o frecuente Cambio de peso reciente  Inflamación de glándulas en el cuello  Circulación pobre  Tos seca  Coágulos de sangre  Dolor al respirar**VISTA** **PECHO/MAMAS**  Presión arterial alta  Escupe/tose sangre Visión borrosa o doble Secreción de las mamas Resequedad/enrojecimiento  Nódulos en las mamas **GENITOURINARIO MUSCULOESQUELÉTICO** Usa anteojos o lentes de contacto  Dolor en las mamas  Dolor o ardor al orinar  Dolor en la espalda Cataratas  Implantes de mamas  Sangre o pus en la orina  Frío en las extremidades Glaucoma  Incontinencia o goteo  Entumecimiento u hormigueo **GASTROINTESTINAL**  Secreciones vaginales  Parálisis**OÍDOS/NARIZ/BOCA/GARGANTA**  Acidez o indigestiones Menstruaciones irregulares  Dolor en las articulaciones Dolor de oídos o drenaje  Pérdida del apetito  Menstruaciones dolorosas  Rigidez o inflamación en las  Zumbido en los oídos  Dolor abdominal  Problemas en la próstata articulaciones Pérdida de la audición  Cambios en los hábitos de  Dolor en los testículos  Debilidad en los músculos o  Sinusitis o problemas evacuaciones  Dificultad sexual articulaciones Sangrado por la nariz  Evacuaciones dolorosas  Erupción o úlceras genitales  Camina con ayuda de accesorios Dolores frecuentes en la garganta  Estreñimiento  Dificultad para subir escaleras Resequedad en la boca  Diarreas frecuentes **PIEL**  Mal aliento/mal sabor  Hemorroides/sangre en las heces  Erupción o comezón **NEUROLÓGICO/PSIQUIÁTRICO** Llagas o úlceras en la boca  Náuseas o vómitos  Cambios en lunares  Convulsiones o ataques Cambios en la voz  Resultados anormales en pruebas  Cambios en la coloración de la piel  Temblores Sangramiento de las encías del hígado/enfermedades del hígado  Psoriasis  Pérdida de la memoria o  Dificultad para tragar  Nódulos o protuberancias en la piel confusión Dentadura postiza **ENDOCRINO**  Le salen hematomas fácilmente  Mareos  Diabetes  Llagas que no sanan  Pérdida del conocimiento  Enfermedades de la tiroides  Accidente cerebrovascular  Sed excesiva  Depresión  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: |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **Nutrición: marque los alimentos que usted come todos los días** Leche / Lácteos  Carnes  Vegetales Frutas  Pan o granos | **¿Le preocupa su peso?** Sí  No | **Ejercicio**  Ninguno  Rara vez Ocasionalmente  Frecuentemente |
| **Tabaco / Expuesto a fumadores** Nunca usó Expuesto a fumadores Usó antes: tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Usa ahora: tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (# por día \_\_\_\_\_) | **Alcohol**  Ninguno Rara vez: tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ocasionalmente: tipo \_\_\_\_\_\_ Frecuentemente: tipo \_\_\_\_\_\_ | **Drogas 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 Ansiedad Pensamientos de hacerse daño a  sí mismo/otros  |
| **Salud dental** Cepillado diario  Hilo dental diario Visita al dentista cada 6 meses | **Fuentes de agua:**  Pozo  Cisterna Embotellada  Ciudad | **Viajes:**  No ha viajado fuera de EE.UU. Viajó fuera de EE.UU.: País/Año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **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 sexualmente con:**  No está activo Hombres  Mujeres  AmbosNúmero de parejas: en el último mes \_\_\_\_\_\_en los últimos 2 meses \_\_\_\_\_\_en los últimos 12 meses \_\_\_\_\_\_ | **Sólo para mujeres:** ¿Usted se examina las mamas todos los meses?  Sí  NoPrimer día de su última menstruación: (mes/día/año) \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| **Plan de vida reproductiva:** ¿Tiene algún hijo?  sí  no ¿Quiere tener más hijos?  sí  noSi respondió sí, ¿cuántos más hijos quiere tener, y cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Qué tipo de control de la natalidad está usando para prevenir un embarazo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ninguno |
| **Firma del paciente: Firma del proveedor de Fecha:** **atención a la salud:** |

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

|  |
| --- |
| **Healthcare Provider Signature: Date:**  |

|  |
| --- |
| **SUBJECTIVE / PRESENTING PROBLEM:** |
|  |
|  |
| **OBJECTIVE: General Multi-System Examination** |
| SYSTEM | NL | ABNORMAL | **hp female picture** | SYSTEM | NL | ABNORMAL |
| Constitutional | General appearance |  |  | Lymphatic | Neck,Axilla,Groin AC |  |  |
| Nutritional status |  |  | Musculoskeletal | Spine |  |  |
| Vital signs |  |  | ROM |  |  |
| HEENT | Head: Fontanels, 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 |  |  | **Tanner Stage:**  typical  atypical |
| Liver / Spleen |  |  |
| Anus / Perineum |  |  | X-Ray: Type: Result:Date taken: No Change Date read: Neg/Non-remarkable Date compared with: Improved Worsening  |
| Genitourinary | Male: Scrotum |  |  |
|  Testes |  |  |
|  Penis |  |  |
|  Prostate |  |  |
| Female:Genitalia |  |  | **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:  |
|  Vagina |  |  |
|  Cervix |  |  |
|  Uterus |  |  |
|  Adnexa |  |  |
| **ASSESSMENT:** |
|  |
|  |
| **PLAN:** |
|  |
|  |
| **Testing today:**  N/A GC/Chlamydia urine  GC/Chlamydia swab  UA  Hep C  TST  VDRL  HIV  Pap Lead  Hgb  Cholesterol  Blood Glucose  Urine PT / UCG: + - Planned?  Yes  NoWet MountOther:  | **Medications/Supplies:**  N/A MV / Folic AcidNumber of bottles given\_\_\_\_\_  Birth Control Method \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ given Rx 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  TST / CXR Bone Density  Liver Panel Blood Glucose  Colorectal Scr. Ovarian Cancer Scr  Other: | **Referrals made:**  N/A PCP, Medical Home HANDS  WIC  Pediatrician  FP  Specialist:  Radiology  MNT with RD  Medicaid  Social Services  1-800-QUIT-NOW  Freedom from Smoking  Other:  |
|  **Healthcare Provider Signature: Date: Recommended RTC:**  |