|  |  |
| --- | --- |
| ¿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  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 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  no  Si 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  Ambos  Número 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  No  Primer día de su última menstruación:  (mes/día/año) \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **Plan de vida reproductiva:** ¿Tiene algún hijo?  sí  no ¿Quiere tener más hijos?  sí  no  Si 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  no  Describe: | # living children: | | |
| Fertility problems:  yes  no  Describe: | | |
| Hx of testicular biopsy:  yes  no  Date / Year:  Result: | | |
| Age at first pregnancy:  G Para SAB ETP  # living children: |
| PSA testing:  yes  no  Most recent date / year:  Result: | | |
| Hx of NTD:  yes  no |
| Age at last pregnancy:  Date of last delivery: |
| Hx of abnl PSA:  yes  no  Date / Year:  Result: | | |
| Fertility problems:  yes  no  Describe: |
| Currently using contraception:  yes  no  Type: | Digital rectal exams:  yes  no  Most recent date / year:  Result: | | |
| Interruption in B/C method?  yes  no Describe: |
| Menopausal symptoms:  yes  no  Describe: | Hx of abnl digital rectal exam:  yes  no  Date / Year:  Result: | | |
| HRT:  yes  no  Type: |
| Sigmoidoscopy:  yes  no  Date / 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  no  Most 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  no  Date / 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  no  Ever breastfed:  yes  no | Sex with anonymous partners:  yes  no | | |
| First sexual contact <18 yrs of age:  yes  no | | |
| Routine Mammograms:  yes  no  Most recent date / Year: Result: | Bleeding, spotting, pain with intercourse:  yes  no  Describe: | | |
| Hx of abnl mammogram / CBE:  yes  no  Date / Year: Result: | Condoms used routinely:  yes  no | | |
| Hx of STDs:  yes  no  Hx of > 2 STDs:  yes  no  Disease(s): | | |
| Hx of breast biopsy:  yes  no  Date / Year: Result: |
| FOBT:  yes  no Year: Result:  pos  neg | HIV tested:  yes  no Most recent date:  Result:  pos  neg  Unprotected 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 ChangeDate read: Neg/Non-remarkableDate 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 Acid  Number 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:** | | | | | | | | | | | |