

HISTORIAL Y EXAMEN FÍSICO INTERMEDIO DEL ADULTO

ADULT INTERVAL HISTORY AND PHYSICAL

Nombre del paciente _____
 Fec de nac del paciente _____
 Fecha en que se brindó el servicio _____
 Médico de cabecera (PCP) _____

¿Nivel limitado de inglés? Sí No Interprete/Lidioma _____

SECCIÓN A: PARA QUE LO LLENE EL PACIENTE EN CADA VISITA

Edad _____ ¿Motivo de la visita? _____

Alergias a medicinas o comida _____

Medicamentos que toma _____

Historial Médico/Padecimientos/Hospitalizaciones _____

Enliste cualquier cambio de salud o hábitos: _____

Historial de salud importante o cambios en miembros de la familia: _____

Nicotina (cigarrillos, vape, cigarros, tabaco, pipa) <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Expuesto al humo de segunda mano <input type="checkbox"/> Usa actualmente: Tipo & Cantidad _____ <input type="checkbox"/> Antes usaba: Tipo & Cantidad _____ Fecha en que dejó de usar _____	Alcohol <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Tipo/Cantidad _____	Drogas <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Tipo/Cantidad _____ Drogas Inyectadas <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Tipo/Cantidad _____	Salud Mental <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión <input type="checkbox"/> Pensamientos de auto agredirse <input type="checkbox"/> Pensamientos de agredir a otros <input type="checkbox"/> En los últimos 90 días
--	--	---	---

Abuso/Negligencia/Violencia: <input type="checkbox"/> No abuso ¿Está pasando por alguna de estas cosas? <input type="checkbox"/> Abuso verbal o físico <input type="checkbox"/> Relaciones sexuales por dinero, comida o drogas <input type="checkbox"/> Miedo de sufrir abuso <input type="checkbox"/> Presión para tener relaciones sexuales <input type="checkbox"/> Contacto sexual forzado <input type="checkbox"/> Necesidades cotidianas no satisfechas	Solo Mujeres – Primer día del último ciclo menstrual _____ ¿Son regulares sus períodos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Num. de días entre períodos _____ Copiosidad del sangrado <input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto Num. de días _____ ¿Tiene problemas con sus períodos? _____ Tiene sangrado/ manchado entre períodos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

Plan de Vida Reproductiva ¿Cuántos hijos quiere tener? _____ ¿Qué método anticonceptivo usa? _____
 ¿Cuántos hijos tiene? _____ ¿Le gustaría hablar de métodos anticonceptivos? Sí No
 ¿Ha habido interrupciones en el uso de su método anticonceptivo? Sí No ¿Planea salir embarazada dentro del próximo año? Sí No
 ¿Tiene problemas con algún método anticonceptivo ahora o los ha tenido antes?

SECCIÓN B: Si su visita es solo para prueba de embarazo PARE AQUÍ. Para todos los otros tipos de visitas llene esta sección.

Síntomas o problemas Orina Frecuentemente Ardor/Dolor al orinar Secreción Comezón Olor
 Ninguna queja Dolor (genital/testicular) Sarpullido/Bultos Llagas Otro _____
 Fecha en que comenzaron los síntomas _____ ¿Que ha hecho para aliviar los síntomas? _____

Historial Sexual: Usa Condones: <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca Fecha de su último encuentro sexual _____ Fecha de sexo sin protección _____ Últimos 60 DÍAS: Parejas sexuales _____ Num. de parejas masculinas _____ Num. de parejas femeninas _____ Num. de nuevas parejas _____ Num. de parejas con nombre o ubicación desconocidos _____ Sexo anal en los últimos <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 60 días <input type="checkbox"/> 12 meses Sexo oral en los últimos <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 60 días <input type="checkbox"/> 12 meses Sexo genital en los últimos <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 60 días <input type="checkbox"/> 12 meses	Historial de parejas: <input type="checkbox"/> Sin preocupaciones <input type="checkbox"/> ETS <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Uso de drogas inyectables <input type="checkbox"/> Múltiples parejas <input type="checkbox"/> Historial de parejas desconocidas	Historial de ETS: <input type="checkbox"/> Ninguna Marque cualquier ETS que haya tenido <input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> VPH/Verrugas Genitales <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Tricomoniasis <input type="checkbox"/> Otras _____ ¿Recibió tratamiento? <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Fecha: _____
--	--	---

PARA QUE LO LLENE EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA: Las áreas sombreadas no las llena el paciente

TO BE COMPLETED BY HEALTHCARE PROVIDER: Shaded area is not required for family planning clients

Cancer Risk Abnormal vaginal bleeding <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Family Hx of breast cancer <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Breast self-awareness <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Number of lifetime partners _____	Age started menses _____ Age of first sex _____ DES exposure <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Date of Most Recent Pap _____ Normal <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Colonoscopy _____ Normal <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Mammogram _____ Normal <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
---	---	---

Tuberculosis Risk: If any s/s of TB (cough, fever, night sweats, shortness of air) are reported, initiate TB Risk Assessment (TB-4), TB test as indicated per TB-4.

Lead Assessment: Verbal Risk Assessment
 Neg Pos N/A

Dental Health Brush/Floss daily Regular Dental visit **Travel outside the USA** Yes No Country _____ Date(s) _____

Testing Today: None **GC/CT** Urine Swab (anal, genital, throat) **Wet Mount** Swab (anal, genital, throat)

Blood Glucose Hgb HCV Hearing Lipid Screen PAP UCG VDRL
 HCG HIV HPV Herpes Cx Liver Panel UA Vision Other _____

Recommendations None Bone density Colorectal screen Dental Glucose Hgb Lipid screen
 Other _____ Mammogram Smoking cessation PAP STI UCG CXR

Problems with method or ACHES/PAINS Yes No **G** _____ **P** _____ **Ab** _____ **L** _____
Immunization status Up to date per pt See vaccine record Vaccine given **Date of last HIV test:** _____






ADULT INTERVAL HISTORY AND PHYSICAL

Patient Name _____

Patient DOB _____

Sexually active minor: Age of partner _____ **Risk of exploitation?** Yes No **Preferred method of birth control** _____

Subjective:

Objective: System Examination		WNL	Abnormal	System Examination		WNL	Abnormal	Notes/Other Findings
	Constitutional			Gastrointestinal	Abdomen			EDC:
	General appearance				Liver/Spleen			Lab Results:
	Nutritional status				Anus/Perineum			
	Vital signs				Inspection (rash)			
	Height/Weight/BMI			Skin/SQ Tissue				ASSESSMENT
	HEENT			Musculoskeletal	Spine			PLAN
	Head: Scalp				ROM			
	Eyes: PERRLA				Symmetry			
	Conjunctivae, lids				Male: Scrotum			ABNORMAL FINDINGS AND/OR NOTES
	Ear: Canals, Drums				Testes			
	Hearing				Penis			
	Nose: Mucosa/Septum				Prostate			
	Mouth: Lips, Palate				Female: Genitalia			
	Teeth, Gums				Vagina			
	Throat: Tonsils				Cervix			
Thyroid			Uterus					
Overall appearance			Adnexa					
Respiratory	Respiratory effort				Lymphatic	Nodes		
	Lungs			Neurological	Palpation			
	Cardiovascular	Heart			Reflexes			
	Femoral/Pedal pulses				Sensation			
	Extremities			Psychiatric	Orientation			
	Chest	Thorax			Mood/Affect			
	Nipples							
	Breasts							

- Referrals**
- | | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DCBS | <input type="checkbox"/> Family Planning | <input type="checkbox"/> PCP/Provider | <input type="checkbox"/> Safety | <input type="checkbox"/> WIC |
| <input type="checkbox"/> None | <input type="checkbox"/> HANDS | <input type="checkbox"/> Pregnancy Resources | <input type="checkbox"/> Smoking Cessation | <input type="checkbox"/> OB/GYN/PAP |
| <input type="checkbox"/> Dietitian | <input type="checkbox"/> Mental Health | <input type="checkbox"/> Presumptive Eligibility | <input type="checkbox"/> Other | |

Client Centered Education None **Education provided by** _____ Pt verbalizes understanding

- Adolescent:** Abstinence Consent & Ways to Prevent Sexual Coercion Family or Trusted Adult Involvement
- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ATOD/Smoking Cessation/SHS | <input type="checkbox"/> Folic Acid | <input type="checkbox"/> Immunization | <input type="checkbox"/> Preconception |
| <input type="checkbox"/> Abuse/DV | <input type="checkbox"/> HCV | <input type="checkbox"/> Mental Health | <input type="checkbox"/> Provider List |
| <input type="checkbox"/> Condoms to prevent pregnancy & STI | <input type="checkbox"/> HIV Pre/Post Test | <input type="checkbox"/> Partner Notification | <input type="checkbox"/> Lead Exposure |
| <input type="checkbox"/> Contraceptive | <input type="checkbox"/> Human Trafficking | <input type="checkbox"/> Opportunity to discuss pregnancy options for Positive PT | |

Education Packets CSEM (HPV/SBA/PAP/Mamm) FP19 PTEM STDEM Other

Medications/Supplies: None Benefits, side effects and adverse reactions to medications discussed

- Birth Control # _____ (type) _____
- Condoms # _____ Condoms declined MV/Folic Acid # _____ Films # _____
- Bicillin-Dose/Site _____ Rocephin-Dose/Site _____
- Doxycycline-Dose _____ Metronidazole-Dose _____
- Zithromax-Dose _____ ECP- _____
- Other _____ Rx _____

Healthcare Provider Signature: _____ **Date:** _____ **Recommended RTC:** _____