

EVALUACIÓN DE RIESGOS DE LA SALUD DEL PACIENTE



Nos complace darle la bienvenida a nuestra consulta médica. Por favor, complete la siguiente evaluación. Ésta es una parte importante de su diagnóstico inicial, y ayudará a los médicos a enfocarse en las áreas que pueden requerir atención inmediata o adicional, mejorará su experiencia con los proveedores de salud y agregará valor a su plan de salud.

Nombre del Paciente: _____ Número de Identidad: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: Hombre Mujer Lengua Materna: _____

HISTORIAL	U	P/M	H	U	P/M	H
U=Usted P/M=Su Padre/Madre H=Hermano(a)				U=Usted P/M=Su Padre/Madre H=Hermano(a)		
Anemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rinitis alérgica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcoholismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ataque al corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Otras enfermedades cardíacas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tendencia a la hemorragia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Presión sanguínea alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pólipos intestinales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quimioterapia/Radioterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ictericia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cirugía de reemplazo articular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad renal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia cardíaca (CHF)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolores de cabeza y migrañas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Transplante de órganos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diálisis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fiebre reumática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedades de transmisión sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfisema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anemia de células falciformes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infección de/riñón/vejiga urinaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Úlcera de estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infección pulmonar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Accidente cerebro-vascular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bocio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad de tiroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberculosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PERSONAL

- ¿Ha fumado alguna vez en su vida? Sí No Si la respuesta es sí, número de cigarrillos diarios _____

¿Ha usado tabaco de mascar alguna vez en su vida? Sí No Si la respuesta es sí, número de años: _____

¿Fuma Puros? Sí No

¿Fuma en pipa? Sí No

¿Es actualmente fumador/a? Sí No Si lo fue, ¿cuándo dejó de fumar? _____

¿Toma usted en serio? Sí No

- Marque donde corresponda si toma con regularidad: Licores fuertes (1-3 onzas diarias) Más de 3 onzas diarias

Cerveza/vino (una copa diaria) Más de una copa diaria

- Marque a continuación si ha consumido alguna vez:

Marihuana LSD Heroína Cocaína Speed (anfetaminas) Otras sustancias

POR FAVOR DEVUELA ESTE FORMULARIO A SU MEDICO

Nombre del Paciente: _____

DIRECTIVAS MÉDICAS POR ADELANTADO

Para asegurarse de que se respetarán las decisiones de cuidados médicos de una persona incapacitada, el Congreso Legislador de la Florida promulgó una legislación relacionada a las directivas médicas por adelantado. Esto consiste en una declaración oral o por escrito sobre la forma en que usted desea que se tomen las decisiones médicas que le conciernen en el caso de que no esté capacitado para tomarlas por usted mismo/a. El mejor momento para realizar esta declaración es cuando disfrute de un buen estado de salud y bienestar. **Los tres tipos principales son: 1. el testamento vital o documento de voluntades anticipadas; 2. la designación de un representante para decisiones médicas, y 3. un poder legal permanente para decisiones médicas.**

¿Cuál(es) documento(s) tiene usted? _____

(Le pedimos que proporcione una copia del documento o documentos a su médico de cabecera.)

COMENTARIOS

Paciente: _____

Médico: _____

*** OFFICE USE ONLY ***

Old records requested: Yes No If yes, date requested: ____/____/____

Doctor: _____

Hospital: _____

Address: _____

Address: _____

Reviewed EOL with patient: Yes No

Date: ____/____/____

Received: Living Will

Date: ____/____/____

Designation of Health Care Surrogate

Date: ____/____/____

Durable Power of Attorney

Date: ____/____/____

Physician Review: _____ Date: ____/____/____