**Formulario de Antecedentes Médicos/Spanish New Patient**

**SI USTED** ha tenido alguno de los siguientes, enciérrelo en un círculo:
ADD/ADHD, anemia, alergias/fiebre del heno, asma, artritis, ansiedad/depresión, alcoholismo, coágulos sanguíneos, cáncer, diabetes tipo 1 o 2, fracturas, enfermedad ginecológica, presión arterial alta, colesterol alto, ataque cardíaco, enfermedad renal, enfermedad del hígado, enfermedad neurológica, ostopenia/osteoporosis, enfermedad respiratoria, enfermedad de la piel, enfermedad estomacal/del colon, derrame cerebral, trastorno convulsivo, trastorno de la tiroides, enfermedades de transmisión sexual, otros:

**SI ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA** ha tenido alguno de los siguientes, enciérrelo en un círculo:
ADD/ADHD, anemia, alergias/fiebre del heno, asma, artritis, ansiedad/depresión, alcoholismo, coágulos sanguíneos, cáncer, diabetes tipo 1 o 2, fracturas, enfermedad ginecológica, presión arterial alta, colesterol alto, ataque cardíaco, enfermedad renal, enfermedad del hígado, enfermedad neurológica, ostopenia/osteoporosis, enfermedad respiratoria, enfermedad de la piel, enfermedad estomacal/del colon, derrame cerebral, trastorno convulsivo, trastorno de la tiroides, enfermedades de transmisión sexual, otros:

Indique cualquier **CIRUGÍA** que haya tenido desde su última visita e incluya el mes y año:

Indique cualquier **HOSPITALIZACIÓN** que haya tenido desde su última visita e incluya el mes y año:

**CUESTIONARIO SOBRE EL HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE**

Su estilo de vida afecta su salud. Queremos brindarle la mejor atención médica posible. Es por eso que vamos a hacerle preguntas de índole personal. Cuanto más sepamos de usted, mejor podremos atenderlo. Las siguientes preguntas se basan en lo que los expertos en la atención médica nos recomiendan preguntar a nuestros pacientes.

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?**

1. ¿ha sentido falta de interés o poco interés en hacer las actividades que disfruta normalmente? *(Por ejemplo, pasar tiempo con amigos o practicar deportes).*
2. Para nada
3. Varios días
4. Más de la mitad de los días
5. Casi todos los días
6. En las últimas dos semanas, ¿se ha sentido decaído, deprimido o sin esperanza?
7. Para nada
8. Varios días
9. Más de la mitad de los días
10. Casi todos los días

**Orientación sexual/identidad de género**

Usted se considera:

 Prefiero no responder.  Heterosexual.

 Bisexual.  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Lesbiana o gay (homosexual).  No lo sé.

Usted es: Prefiero no responder.  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Hombre  Mujer. Hombre transgénero (mujer a hombre)  Mujer transgénero (hombre a mujer).

¿Eres sexualmente activo(a)?       Sí       No
Si la respuesta es Sí, tienes    una pareja    múltiples parejas

**Fumar y consumo de drogas recreativas y alcohol**

1. ¿Usted fuma?

  No  Sí, fumo \_\_\_\_ paquetes al día.

  Fumaba antes y dejé de fumar \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (escriba la fecha en que dejó de fumar).

1. ¿Alguien fuma cigarrillos u otros productos de tabaco donde usted vive?  Sí  No
2. ¿Usted mastica tabaco o consume rapé?  Sí  No
3. ¿Bebe alcohol?

  Soy alcohólico en recuperación  Tomo 1-2 bebidas alcohólicas al mes

  Tomo 1-2 bebidas alcohólicas a la semana  Tomo 1-2 bebidas alcohólicas cada noche

  Tomo más de 2 bebidas alcohólicas al día  Me emborracho los fines de semana

  No, no consumo bebidas alcohólicas

1. ¿Consume drogas recreativas?

  Sí, consumo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_diariamente. Sí, algunas veces consumo\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎Consumía drogas anteriormente. En el pasado yo consumía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  Nunca he consumido drogas recreativas

1. ¿Hace ejercicio? \_\_\_\_\_ ¿Qué actividades realiza y con qué frecuencia en la semana?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Consume algún producto con cafeína? \_\_\_\_\_ Si consume, ¿cuál y qué cantidad al día?
2. Esta: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Otro
3. ¿Vive solo(a)?  Sí  No

Si la respuesta es No, indique con quien vive: Esposo(a) Pareja Familia

Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Tiene trabajo?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, ¿En que trabajas?

1. ¿Está expuesto a materiales peligrosos en su trabajo?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, ¿Que materiales? Metales Amianto Agrícola/Pesticidas

1. Por favor indique el grado más alto que completo en la escuela. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es su religión? Católico Bautista Metodista Testigo de Jehová Adventista del Séptimo Día Otro
3. ¿En el último año ha viajado fuera de los Estados Unidos?  Sí  No
4. ¿Ha sido encarcelado?  Sí  No

¿Fecha de su última visita dental? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Por favor indica el proveedor?

¿Fecha del último examen físico completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
¿Fecha del último análisis de sangre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
¿Fecha de la última colonoscopía: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
¿Fecha de la última vacuna contra el tétanos:

**Para mujeres:**

¿Fecha del último examen de Papanicolaou: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 ¿Antecedentes de examen de Papanicolaou anormal? (anote las fechas) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
¿Fecha del último: Mamografía: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
¿Fecha de la última medición de densidad de huesos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Detalle cualquier **MEDICAMENTO** que esté tomando actualmente, recetado o de venta libre (use la parte de atrás de la página si es necesario e indíquelo para referencia): Alguna alergia a medicamentos o alimentos (detalle las reacciones):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Medicamento  | Dosis | Vía  | Frecuencia |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Alergias**:

**Farmacia preferida:**

**PRAPARE Cuestionario**

**Dinero y recursos**

1. **¿Cuál es su situación actual de vivienda?**

\_\_\_\_ Tengo vivienda

\_\_\_\_ No tengo vivienda (vivo con otras personas, en un hotel, en un albergue, vivo en la calle, en una playa, en un automóvil o en un parque)

\_\_\_\_ Prefiero no responder a esta pregunta

1. **¿Le preocupa poder perder su vivienda?**

\_\_\_\_ Sí

\_\_\_\_ No

\_\_\_\_ Prefiero no responder a esta pregunta

1. **¿Cuál es el nivel de escuela más alto que ha completado?**

\_\_\_\_ menos de escuela secundaria (menos de grado 12)

\_\_\_\_ Mas de escuela secundaria o GED

\_\_\_\_ diploma de escuela secundaria o GED

\_\_\_\_ Prefiero no responder a esta pregunta

1. **¿Cuál es su situación de trabajo?**

\_\_\_\_ Desempleado y buscando trabajo

\_\_\_\_ Trabajo de tiempo parcial o temporal

\_\_\_\_ Trabajo de tiempo completo

\_\_\_\_ Desempleado, pero no busca trabajo (p. ej., estudiante, jubilado, incapacitado, cuidador principal no remunerado). Por favor, escríbalo:

\_\_\_\_ Prefiero no responder a esta pregunta

1. **Durante el último año, ¿usted o algún miembro de su familia tuvieron que dejar de comprar algo que realmente se necesitaba entre las siguientes opciones? Marque todas las que correspondan.**

\_\_\_\_ Alimentos

\_\_\_\_ Ropa

\_\_\_\_ Servicios públicos

\_\_\_\_ Cuidado infantile

\_\_\_\_ Medicamentos o cualquier tipo de cuidado de la salud (médico, dental, mental, oftalmológico)

\_\_\_\_ Teléfono

\_\_\_\_ Otra (por favor, escríbalo):

\_\_\_\_ No tengo problemas para satisfacer mis necesidades

\_\_\_\_ Prefiero no responder a esta pregunta

1. **¿La falta de transporte le ha impedido acudir a consultas médicas, reuniones, al trabajo o conseguir cosas necesarias para la vida cotidiana? Marque todas las que correspondan.**

\_\_\_\_ Sí, me ha impedido acudir a consultas médicas o a recoger mis medicamentos

\_\_\_\_ Sí, me ha impedido ir a reuniones o citas no médicas, al trabajo o conseguir cosas que necesito

\_\_\_\_ No

\_\_\_\_ Prefiero no responder a esta pregunta

**Salud social y emocional**

1. **¿Con qué frecuencia ve o conversa con personas cercanas por las que se preocupa? (Por ejemplo: conversar con amigos por teléfono, visitar a amigos o familiares, asistir a la iglesia o a reuniones de club)**

\_\_\_\_ Menos de una vez por semana

\_\_\_\_ 1 o 2 veces por semana

\_\_\_\_ 3 o 5 veces por semana

\_\_\_\_ 5 o más veces por semana

\_\_\_\_ Prefiero no responder a esta pregunta

1. **Estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir a la noche porque su mente está preocupada. ¿Qué tan estresado se encuentra?**

\_\_\_\_ Para nada

\_\_\_\_ Un poco

\_\_\_\_ Algo

\_\_\_\_ Bastante

\_\_\_\_ Mucho

\_\_\_\_ Prefiero no responder a esta pregunta

**Preguntas adicionales**

1. **En el último año, ¿ha pasado más de 2 noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional juvenil?**

\_\_\_\_ Sí

\_\_\_\_ No

\_\_\_\_ Prefiero no responder a esta pregunta

1. **¿Es refugiado?**

\_\_\_\_ Sí

\_\_\_\_ No

\_\_\_\_ Prefiero no responder a esta pregunta

1. **¿De qué país eres?**

\_\_\_\_ Estados Unidos (EE.UU)

\_\_\_\_ Otro país que no es el Estados Unidos (Por favor, escríbalo)

\_\_\_\_ Prefiero no responder a esta pregunta

1. **¿Se siente física o emocionalmente seguro en su actual lugar de residencia?**

\_\_\_\_ Si

\_\_\_\_ No

\_\_\_\_ No estoy seguro

\_\_\_\_ Prefiero no responder a esta pregunta

1. **Durante el último año, ¿tuvo miedo de su pareja o expareja?**

\_\_\_\_ Sí

\_\_\_\_ No

\_\_\_\_ No estoy seguro

\_\_\_\_ No he tenido pareja durante el último año

\_\_\_\_ Prefiero no responder a esta pregunta