

Instrucciones del formulario

Utilice el teclado para completar el formulario o use tinta negra únicamente.
Complete last tres páginas, imprima y lleve el formulario a su cita.

Someter este formulario antes de su cita es opcional y ayudará a facilitar su cita.

**PACIENTE NUEVO Y CUESTIONARIO
CONFIDENCIAL DE BIENESTAR**

Completar este formulario no le inscribe como paciente de Sharp Rees-Stealy Medical Group. Aun si usted es paciente actual de Sharp Rees-Stealy Medical Group, este formulario no sera revisado por un médico hasta justo antes de su próxima cita. Si necesita atención médica, comuníquese con su médico actual. Si usted cree que tiene una emergencia que pone en peligro su vida o una extremidad, llame al 911 inmediatamente.

Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre de su médico de atención primaria: _____	Sexo: _____ Si Otros (especificar): _____
Mejor teléfono durante el día: _____	Método preferido para contactarlo: Llamada telefónica FollowMyHealth
Motivo de su visita: _____	
País de nacimiento: _____	Occupation: _____
Nivel educativo terminado: _____	Idioma preferido: _____
Su farmacia preferida: _____	
¿Tiene usted una Directiva Anticipada de Cuidados de Salud?	Sí No
Si no, ¿le gustaría obtener más información?	Sí No

Enfermedades Médicas

Actuales o Anteriores (Marque todas las que apliquen)

Cáncer (Tipo: _____)
Hepatitis
Alcoholismo/Adicción a las drogas
Convulsiones
Enfermedad de la tiroides
Coágulos sanguíneos

Alta Presión
Enfermedad pulmonar
Ataques cerebrales
Migrañas
Enfermedad renal

Diabetes
Enfermedad del corazón
VIH
Glaucoma
Depresión/Ansiedad

¿Hay algo más sobre su historial médico que usted sienta que su médico deba saber? Por favor explique.

¿Ha recibido recientemente cuidados tales como los de hospitalización, visitas a la sala de emergencias, visitas a urgencias, estancias en hogar de ancianos o visitas con otros médicos? Sí No

Hospitalización

Por favor anote Operaciones, Enfermedades o Lesiones que requieran hospitalización.

<u>Cirugías/Operaciones</u>	<u>Fecha</u>	<u>Hospitalizaciones Debido a Enfermedades o Lesiones</u>	<u>Fecha</u>
1. _____	_____	5. _____	_____
2. _____	_____	6. _____	_____
3. _____	_____	7. _____	_____
4. _____	_____	8. _____	_____

Alergias/Intolerancias

<u>Alergia/Alergia a Medicamento</u>	<u>Tipo de Reacción</u>	<u>Alergia/Alergia a Medicamento</u>	<u>Tipo de Reacción</u>
1. _____	_____	3. _____	_____
2. _____	_____	4. _____	_____

Medicamentos

Por favor enumere todos los medicamentos que actualmente está tomando, incluyendo Hierbas, Suplementos y Vitaminas.

	Nombre del Medicamento	Dosis	Veces/Día		Nombre del Medicamento	Dosis	Veces/Día
1.	_____	_____	_____	6.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	7.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	8.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	9.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	10.	_____	_____	_____

Historial Familiar: Si algún miembro de su familia ha tenido alguna de las siguientes condiciones, por favor marque todos los casilleros correspondientes. Yo fui adoptado, así que no se mi historial familiar.

Enfermedad	Padre	Madre	Hermano	Hijo	Otro (por favor especifique)
Abuso de alcohol					
Abuso de drogas					
Cáncer de seno					
Cáncer de colon					
Depresión					
Enfermedad Mental					
Diabetes					
Enfermedades del corazón					
Presión sanguínea alta					
Cáncer de ovarios					
Cáncer endometrial					
Cáncer de próstata					
Ataque cerebral					
Muerte súbita de un familiar (aparentemente sano)					
Enfermedad de la tiroides					
Otras (por favor especifique) _____					
Otras (por favor especifique) _____					

Historia Social

Estado Civil:						
Preferencia Sexual:			Si otros (especificar): _____			
¿Tiene usted hijos?	Sí	No	Si su respuesta es sí, ¿número de hijos? _____			
¿Utiliza anticonceptivos?	Sí	No	Si su respuesta es sí, ¿método anticonceptivo? _____			
Arreglo de Vivienda (marque todo lo que corresponda):						
Solo	Compañero de Piso	Cónyuge/Pareja	Hijos	Padres	Hermanos	Otro (especificar)
Mujeres Únicamente: ¿Alguna vez ha estado embarazada? Si No No. de embarazos? ____ No. de nacimientos vivos ____						

Por favor ponga una marca bajo la columna "Sí" para aquellas cosas que apliquen.	Sí	Comentarios
Historia de violencia domestica		
USO DE TABACO		
Nunca ha fumado		
Ex fumador Fecha en que dejo de fumar: _____ No. de años fumando: _____ Promedio de cajetillas/día: _____		
Fumador actual No. de años fumando: _____ Promedio de cajetillas/día: _____		
USO DE ALCOHOL		
Historia de abuso de alcohol Fecha en que dejo de tomar: _____		
Consumo actual de alcohol: Mínimo consumo de alcohol (ocasional, social)		
Consumo actual de alcohol: Moderado MUJERES: 1 bebida al día/HOMBRES: 2 bebidas al día		
Consumo actual de alcohol: Excesivo MUJERES: +2 bebidas al día/HOMBRES: +3 bebidas al día		

USO DE DROGAS		
Historia de uso de drogas Fecha en que dejo de usarlas: _____ Marihuana ____ Cocaína ____ Heroína ____ Anfetamina ____ Otras _____		
Uso actual de drogas Marihuana ____ Cocaína ____ Heroína ____ Anfetamina ____ Otras _____		
Uso de cafeína Tipo de cafeína/ #oz.: _____		
Ejercicio regularmente (4-6 veces/semana por 20+ minutos)		
Ejercicio ocasionalmente (2-3 veces/semana por 20+ minutos)		
Ejercicio raramente		

Salud Preventiva: Por favor anote las fechas para lo siguiente Última vacuna contra el tetanos (Tdap) _____ Última vacuna antigripal _____ Vacuna contra la neumonía: _____ Vacuna contra la culebrilla _____ Fecha del examen de detección de cáncer de colon: Nunca _____ Tarjeta de Heces _____ Sigmoidoscopia _____ Colonoscopia _____

Mujeres Únicamente: Fecha de la última mamografía: _____ Última menstruación: _____ Último papanicolaou: _____



Si usted es menor de 64 años, ALTO aquí.

Si usted es mayor de 65 años, por favor conteste las siguientes dos preguntas.

Pregunta 1:

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés / placer en hacer las cosas				
Se siente triste, deprimido o sin esperanzas				

Pregunta 2:

	Sí	No
¿Se ha caído en el último año calendario?		
Si es así, ¿cuántas veces? _____		
¿Se lastimo?		

INTERNAL USE ONLY / UNICAMENTE PARA USO INTERNO

FOR OFFICE CODING ONLY ADD QUESTIONS 1 & 2 FROM PAGE 1	_____ + _____ + _____ + _____ = TOTAL SCORE: _____			
	Nada	Varios días	Más de la mitad de los días de la semana	Casi todos los días
3. Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Se siente cansado o tiene poca energía	0	1	2	3
5. Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo – o que usted es un fracaso o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en las cosas, tal como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. Movimientos o habla tan lenta que otras personas pueden darse cuenta? o lo contrario – usted está más inquieto o intranquilo y ha estado moviéndose mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos que usted estaría mejor muerto o de querer hacerse daño de alguna manera	0	1	2	3
FOR OFFICE CODING ONLY/UNICAMENTE PARACODIFICACION DE OFICINA ADD QUESTIONS 1-9 FROM PAGES 1 & 2	_____ + _____ + _____ + _____ = TOTAL SCORE: _____			

INTERNAL USE ONLY/ UNICAMENTE PARA USO INTERNO

Pain Scale (Provider use only): _____

Depression Screening:

Depression on problem list? (YES/NO) If yes, skip question.....	YES	NO
(Document once a calendar year)		

Fall Screening:

Criteria 65+: If 2 or more falls or 1 fall with injury.....	YES	NO
(Document once a calendar year)		

BMI Screening:

18-64 years: If <18.5 or ≥25 provider action needed.....	YES	NO
(Document Wt & Ht every 6 months)		

65+ years: If <23 or ≥30 provider action needed.....	YES	NO
(Document Wt & Ht every 6 months)		

Transitions of Care 65+:

Patient outside SRS or doesn't share same E.H.R.....	YES	NO
--	-----	----

Social History:

Smoking status documented changed or unchanged(Document once a calendar year).....	YES	NO
Patient education material provided(Document once a calendar year)	MD	CS