

## Bienvenido a Providence Medical Group

Nombre y pronombres preferidos: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre legal (si es diferente) \_\_\_\_\_

¿Quién es su persona de contacto de emergencia (nombre y número de teléfono)? \_\_\_\_\_

*Su salud es importante para nosotros. Esta es una visita de cuidado preventivo en la que nos enfocamos en exámenes, asesoría sobre su estilo de vida y prevención de enfermedades. Si tiene problemas específicos que a usted le gustaría abordar, es muy probable que necesitemos programar otra visita en el futuro.*

¿Cuáles son sus metas de salud? \_\_\_\_\_

¿Necesita algún **surtido de medicamentos, referencias, formularios completados o una carta para su trabajo** el día de hoy?  Sí  No

### Lista de verificación de síntomas: *Por favor, marque cualquiera de los síntomas que tiene actualmente.*

**General:**  Fatiga  Fiebre  Cambios de peso indeseado Siempre tiene mucha sed Siempre siente demasiado frío o calor**Ojos:**  Visión borrosa  Ojos adoloridos**Oído:**  Pérdida auditiva  Dolor de oídos**Pulmones:**  Falta de respiración  Tos  Ronquidos**Corazón:**  Dolor o presión en el pecho  Latidos rápidos**Gastrointestinal:**  Dolor abdominal  Problemas para tragar Vómito  Excremento (popo) negro o con sangre**Urinario:**  Sangre en orina  No puede controlar la vejiga Dolor al orinar  Orina con frecuencia o urgencia**Sangre:**  Sangrado anormal  Moretones con facilidad**Sistema nervioso:**  Convulsiones  Desmayos  Mareos Temblores  Problemas para moverse  Entumecimiento Problemas para caminar  Dolores de cabeza**Sistema inmunológico:**  Alergias sin control  Ganglioslinfáticos inflamados  Infecciones frecuentes**Musculoesquelético:**  Dolor de cuello o espalda  Dolor de articulaciones**Salud mental:**  Depresión  Ansiedad  Problemas con la memoria  Problemas para dormir  Pensamientos de suicidio**Piel:**  Cambios en lunares  Sarpullido**Mujeres:**  Bolitas en los senos  Dolor pélvico  Sangrado excesivo**Hombres:**  Dolor o bolitas en los testículos  Otros problemas

## SALUD PREVENTIVA

**Si corresponde/si lo sabe:**

1. Último período menstrual - Fecha: \_\_\_\_\_
2. ¿Actualmente está amamantando?  Sí  No
3. ¿Cuándo tuvo su último examen de Papanicolaou (si fue afuera de Providence)? \_\_\_\_\_
4. ¿Cuándo tuvo su última mamografía (si fue afuera de Providence)? \_\_\_\_\_
5. ¿Cuándo tuvo la última colonoscopia (si fue afuera de Providence)? \_\_\_\_\_

## ACTUALIZACIÓN DE HISTORIAL MÉDICO

¿Cualquier **medicamento nuevo** o cambios de medicamento desde su última visita?  No  Sí. Por favor haga una lista de los cambios.

1. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

¿Alguna **alergia nueva** a medicamentos?  No  Sí: \_\_\_\_\_

¿Alguna **condición médica nueva**?  No  Sí: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna **cirugía reciente**?  No  Sí: \_\_\_\_\_

¿**Cambios** en la salud de su **familia**?  No  Sí: \_\_\_\_\_

¿Cambios en sus **relaciones**? (estado civil, etc.)  No  Sí: \_\_\_\_\_

## ACTUALIZACIÓN DE HISTORIAL SOCIAL

¿Quién vive con usted? \_\_\_\_\_

Situación de pareja (si corresponde): \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Pasatiempos: \_\_\_\_\_

¿Está activo(a) sexualmente?  Sí  No

Si la respuesta es "sí":

Sus parejas son (por ejemplo, del género masculino, femenino, no binario, etc.): \_\_\_\_\_

En el último año, ¿cuántas parejas ha tenido?  1  más que 1

¿Está interesado en hacerse un estudio de infecciones de transmisión sexual?  Sí  No

¿Usa usted o su pareja métodos anticonceptivos? En caso de que sí, ¿cual usa? \_\_\_\_\_

Si no usa métodos anticonceptivos, ¿por qué no los usa?  Estamos intentando tener un bebé

Pareja(s) del mismo sexo  Otro

¿Ha estado alguna vez en una relación física o verbalmente abusiva?  Sí  No

¿Se encuentra ahora en una relación física o verbalmente abusiva?  Sí  No

¿Usa productos del **tabaco**?  Sí  No  Fecha que dejó de usarlos: \_\_\_\_\_  Nunca he usado tabaco

Si responde que sí, ¿cuántos paquetes/latas al día? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos años? \_\_\_\_\_ ¿Tiene interés en dejar de usarlo?  Sí

No

¿Cuántas veces a la semana hace ejercicio? \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo de ejercicio hace? \_\_\_\_\_

Pedimos a todos nuestros pacientes adultos sobre el uso de sustancias y estado de ánimo porque estos factores pueden afectar su salud. Por favor, pregunte a su doctor si tiene alguna pregunta. Sus respuestas en este formulario se mantendrán de una manera confidencial.

**Alcohol: Una bebida =**  12 oz. cerveza  5 oz. vino  1.5 oz. licor (un trago)

	Ninguna	1 o más
<b>HOMBRES:</b> ¿Cuántas veces en el último año ha tenido 5 o más bebidas al día?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>MUJERES:</b> ¿Cuántas veces en el último año ha tenido 4 o más bebidas al día?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Drogas:** Las drogas recreativas incluyen metanfetaminas (*speed*, cristal), cannabis (marihuana), inhalantes (disolvente de pintura, aerosoles, pegamento), tranquilizantes (Valium), barbitúricos, cocaína, éxtasis, alucinógenos (LSD, hongos) o narcóticos (heroína).

	Ninguna	1 o más
¿Cuántas veces en el último año ha usado drogas recreativas o usado un medicamento recetado sin tener razones médicas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Estado de ánimo:**

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
En las últimas dos semanas, ¿le ha molestado que tiene poco interés o placer en hacer las cosas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En las últimas dos semanas, ¿se ha sentido triste, deprimido o desesperado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tener acceso a alimentos, transporte y otros apoyos básicos afecta la salud de una persona. Las siguientes preguntas se centran en estos apoyos. Según sus respuestas, podemos conectarlo con los servicios necesarios. Estamos pidiendo a todos nuestros pacientes que respondan estas preguntas. No es necesario que complete este formulario.

**1. En los últimos 12 meses hemos estado preocupados de que se nos acabe la comida antes de conseguir dinero para comprar más”:**

- Nunca
- A veces
- A menudo

**2. En los últimos 12 meses, los alimentos que compramos no nos duran y no nos queda dinero para comprar más.**

- Nunca
- A veces
- A menudo

**3. ¿Cuál es tu situación de vida hoy?**

- Tengo un lugar estable para vivir
- Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el future
- No tengo un lugar estable para vivir (me estoy quedando temporalmente con otros, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle, en la playa, en un automóvil, edificio abandonado, estación de autobús o tren o en un parque)

**4. En los últimos 12 meses, ¿la compañía de electricidad, gas, petróleo o agua ha amenazado con cortar los servicios en su hogar?**

- Sí
- No
- Ya apagado

**5. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte lo evitó de las citas médicas o de obtener medicamentos?**

- Sí
- No

**6. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte lo ha impedido de las reuniones, el trabajo o las cosas necesarias para la vida diaria?**

- Sí
- No

Por favor, háganos saber si desea asistencia selecciona todas las casillas a continuación:

<input type="checkbox"/>  Vivienda o Renta	<input type="checkbox"/>  Trabajo y Educación	<input type="checkbox"/>  Cuidado Dental
<input type="checkbox"/>  Costo de Utilidad	<input type="checkbox"/>  Niños y Bebés	<input type="checkbox"/>  Cuidado de los Ojos
<input type="checkbox"/>  Alimentos	<input type="checkbox"/>  Personas Mayores	<input type="checkbox"/>  Recuperación de Drogas y Alcohol
<input type="checkbox"/>  Ropa	<input type="checkbox"/>  Consejería	<input type="checkbox"/>  Legal
<input type="checkbox"/>  Transporte	<input type="checkbox"/>  Seguro de Salud	<input type="checkbox"/>  Otro/a