

ATENCIÓN PRIMARIA

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE ADULTO

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Masculino / Femenino
Proveedor médico actual:		Motivo de la transferencia de atención:	
Farmacia de preferencia:			

SALUD ACTUAL

Problemas médicos actuales:

MEDICAMENTOS: Mencione TODOS los medicamentos que esté tomando, incluidas las vitaminas, las hierbas, los remedios caseros.

Nombre del medicamento	Concentración (mg)	Instrucciones	Motivo por que lo toma
Aspirina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Verificado por (Inicial del personal de Adapt):

ALERGIAS: o reacciones a medicamentos, entorno, animales, alimentos, etcétera.

Alergia	Síntomas o reacciones

Verificado por (Inicial del personal de Adapt):

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD

¿Consume o alguna vez consumió tabaco? Actualmente En el pasado Nunca

¿Cuántas veces ha tomado 4 tragos de alcohol o más en un día durante el año pasado? Ninguna 1 o más

Un trago =  12 oz de cerveza  5 oz de vino  1,5 oz de licor (1 shot)

¿A veces usa drogas de manera recreativa, incluyendo la marihuana o medicamentos recetados? No Sí

En las últimas 2 semanas, ¿lo ha preocupado alguna de las siguientes?

a) Poco placer o interés en hacer cosas No Sí

b) Sentirse triste, deprimido o desesperanzado No Sí

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	
ANTECEDENTES MÉDICOS (marque con una X todas las que apliquen)			
<input type="checkbox"/> Tumor cerebral <input type="checkbox"/> Cáncer de mama <input type="checkbox"/> Cáncer de colon <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón <input type="checkbox"/> Linfoma <input type="checkbox"/> Cáncer de ovarios <input type="checkbox"/> Cáncer de páncreas <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata <input type="checkbox"/> Cáncer de piel <input type="checkbox"/> Tumor (benigno) <input type="checkbox"/> Tumor (maligno) <input type="checkbox"/> Otro cáncer: _____ <hr/> <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca (CHF, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda (DVT, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta <input type="checkbox"/> Infarto al miocardio (MI, por sus siglas en inglés) (ataque al corazón) <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la vista <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Rinitis alérgica <input type="checkbox"/> Otitis media (infección del oído) <input type="checkbox"/> Cataratas <hr/> <input type="checkbox"/> Lunares displásicos <hr/> <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Dolor de espalda crónico <input type="checkbox"/> Fibromialgia <input type="checkbox"/> Fracturas <input type="checkbox"/> Osteoartritis <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide <hr/> <input type="checkbox"/> Trastorno autoinmune <input type="checkbox"/> Diabetes tipo I <input type="checkbox"/> Diabetes tipo II <input type="checkbox"/> Problemas endócrinos <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo (alto) <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo (bajo)	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar <input type="checkbox"/> Apnea del sueño <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <hr/> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza crónicos <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Trastorno neurológico <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo <hr/> <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad <input type="checkbox"/> Bipolaridad <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno del desarrollo <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Intento de suicidio <input type="checkbox"/> Otra: _____	<input type="checkbox"/> Diverticulitis <input type="checkbox"/> Diverticulosis <input type="checkbox"/> Enfermedad por reflujo gastroesofágico (GERD, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Sangrado gastrointestinal <input type="checkbox"/> Hepatitis _____ <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa <hr/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal <input type="checkbox"/> Piedras en el riñón <input type="checkbox"/> Trastorno urinario <hr/> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos <input type="checkbox"/> Transfusión sanguínea <input type="checkbox"/> Trastornos de la coagulación <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica <hr/> <input type="checkbox"/> Infecciones por estafilococo resistente a la meticilina (MRSA, por sus siglas en inglés)
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS (marque con una X todas las que correspondan)			
<input type="checkbox"/> Reparación de hernias <input type="checkbox"/> Extirpación de la vesícula biliar <input type="checkbox"/> Cirugía gástrica <input type="checkbox"/> Resección del intestino delgado <input type="checkbox"/> Resección de colon <input type="checkbox"/> Extirpación del apéndice <input type="checkbox"/> Tumorectomía de mama <input type="checkbox"/> Mastectomía <input type="checkbox"/> Aumento de mamas <hr/> <input type="checkbox"/> Baipás de la arteria coronaria <input type="checkbox"/> Colocación de stent en la arteria coronaria <input type="checkbox"/> Cirugía de las válvulas del corazón <input type="checkbox"/> Craneotomía <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Baipás vascular periférico <input type="checkbox"/> Colocación de stents vasculares periféricos <input type="checkbox"/> Reparación de aneurisma <input type="checkbox"/> Cirugía de la carótida <input type="checkbox"/> Extirpación de venas <hr/> <input type="checkbox"/> Cirugía de pulmón <input type="checkbox"/> Cirugía de esófago <hr/> <input type="checkbox"/> Cirugía de juanetes <input type="checkbox"/> Corrección del dedo en martillo <input type="checkbox"/> Reparación de fractura de extremidad superior <input type="checkbox"/> Reparación de fractura de extremidad inferior <input type="checkbox"/> Artroscopia	<input type="checkbox"/> Reparación del mango de los rotadores D/I <input type="checkbox"/> Reparación del ligamento cruzado anterior (ACL, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Sustitución total de cadera D/L <input type="checkbox"/> Sustitución total de rodilla D/L <input type="checkbox"/> Sustitución total del hombro <input type="checkbox"/> Cirugía del túnel carpiano D/L <hr/> <input type="checkbox"/> Cirugía de próstata (debido a un cáncer) <input type="checkbox"/> Cirugía de la próstata para la hiperplasia prostática benigna (BPH, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Cirugía para la incontinencia urinaria <input type="checkbox"/> Extirpación del riñón <input type="checkbox"/> Cirugía de vejiga <input type="checkbox"/> Amigdalectomía <input type="checkbox"/> Colocación de tubos en el oído	<input type="checkbox"/> Histerectomía <input type="checkbox"/> Extirpación de ovario D/I <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Laparoscopia <input type="checkbox"/> Suspensión de vejiga <hr/> <input type="checkbox"/> Cirugía de cuello de la matriz <input type="checkbox"/> Cirugía lumbar <input type="checkbox"/> Cirugía de la columna torácica <hr/> <input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas <input type="checkbox"/> Cirugía de párpados <hr/> <input type="checkbox"/> Reasignación de sexo M a F <input type="checkbox"/> Reasignación de sexo F a M
ANTECEDENTES SOCIALES			
Ocupación:		Lugar de trabajo:	
Vive con:		Estado civil:	
Cantidad de hijos:		Nombre del cónyuge:	
Lengua materna: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> otra (especifique):		Religión:	
Género/Preferencia de género (<i>marque uno</i>) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no decir			
<input type="checkbox"/> Hombre transgénero/Femenino a masculino <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/Masculino a femenino			

Nombre del paciente:					Fecha de nacimiento:							
ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES												
Indique con una X los familiares que han tenido alguna de las siguientes afecciones:												
Afección	Madre	Padre	Hermana	Hermano	de la madre Madre	de la madre Padre	de la madre Hermana	de la madre Hermano	del padre Madre	del padre Padre	del padre Hermana	del padre Hermano
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>											
Anemia	<input type="checkbox"/>											
Anginas	<input type="checkbox"/>											
Artritis	<input type="checkbox"/>											
Ansiedad	<input type="checkbox"/>											
Asma	<input type="checkbox"/>											
Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/>											
Enfermedad hemorrágica	<input type="checkbox"/>											
Cáncer de mama	<input type="checkbox"/>											
Cáncer de cuello de la matriz	<input type="checkbox"/>											
Enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/>											
Cáncer de colon	<input type="checkbox"/>											
Depresión	<input type="checkbox"/>											
Diabetes	<input type="checkbox"/>											
Trastornos del crecimiento/ desarrollo	<input type="checkbox"/>											
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>											
Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/>											
Hipertensión	<input type="checkbox"/>											
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>											
Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/>											
Cáncer de pulmón	<input type="checkbox"/>											
Enfermedades pulmonares/ respiratorias	<input type="checkbox"/>											
Melanoma/Cáncer de piel	<input type="checkbox"/>											
Migrañas	<input type="checkbox"/>											
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>											
Cáncer de ovarios	<input type="checkbox"/>											
Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/>											
Convulsiones	<input type="checkbox"/>											
Alergias graves	<input type="checkbox"/>											
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>											
Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>											
Cáncer uterino	<input type="checkbox"/>											
Trastornos relacionados al peso	<input type="checkbox"/>											
Otro tipo de cáncer	<input type="checkbox"/>											
Otros problemas médicos	<input type="checkbox"/>											
No tiene/no conoce los antecedentes familiares	<input type="checkbox"/>											

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	
CONSUMO DE TABACO			
¿Consume tabaco actualmente? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> En el pasado <input type="checkbox"/> En la actualidad Cantidad por día:			
Tipo de consumo de tabaco: <input type="checkbox"/> Cigarrillo <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Sin humo (masticable) <input type="checkbox"/> Vaporizador <input type="checkbox"/> Pipa			
¿Ha intentado dejar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Método que intentó: Exposición pasiva al humo de tabaco <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
CONSUMO DE ALCOHOL			
Consumo actual de alcohol: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> En el pasado <input type="checkbox"/> En la actualidad Cantidad promedio de tragos por día:			
Tipo de alcohol:			
¿Alguna vez estuvo en tratamiento por un problema con el alcohol? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> En el pasado			
ABUSO DE SUSTANCIAS			
Consumo: <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Metanfetaminas <input type="checkbox"/> Cannabis/Marihuana <input type="checkbox"/> Sustancias de inhalación <input type="checkbox"/> Tranquilizantes/benzodiacepinas <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Narcóticos (opiáceos/narcóticos/heroína) <input type="checkbox"/> Alucinógenos <input type="checkbox"/> Otro			
¿Con qué frecuencia lo consume? <input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente			
Motivo del consumo			
OTRO			
Consumo actual de cafeína: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo: <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Refrescos <input type="checkbox"/> Bebidas energéticas <input type="checkbox"/> Otra:			
¿Hace ejercicio habitualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuántas veces por semana? Tipo de ejercicio:			
Uso del cinturón de seguridad: <input type="checkbox"/> 100 % del tiempo <input type="checkbox"/> 50 % del tiempo <input type="checkbox"/> 25 % del tiempo <input type="checkbox"/> Nunca			
Exposición al sol: <input type="checkbox"/> Frecuente <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> ¿Utiliza protector solar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Cree que tiene riesgo de contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, explique por qué:			
EXÁMENES DE ATENCIÓN PREVENTIVA			
Marque con una X cada una de las pruebas que realizó e indique la fecha aproximada, los resultados y el lugar donde se realizó.			
<input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou Fecha: Resultados: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Lugar:			
<input type="checkbox"/> Examen de colon Fecha: Tipo: <input type="checkbox"/> Colonoscopia <input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia <input type="checkbox"/> Hemocultivo de heces Resultados: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Cantidad de pólipos extirpados Lugar:			
<input type="checkbox"/> Examen de mama Fecha: Resultados: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Lugar:			
<input type="checkbox"/> Radioabsorciometría de doble energía (densidad ósea) Fecha: Resultados: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Lugar:			
<input type="checkbox"/> Análisis del antígeno prostático (PSA, por sus siglas en inglés; a nivel de la próstata) Fecha: Resultados: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Lugar:			
Traiga la información del historial de inmunización/vacunas a su primera cita.			
SALUD DE LA MUJER			
¿Está embarazada ahora o está planeando quedarse embarazada en el próximo año? <input type="checkbox"/> Embarazada actualmente <input type="checkbox"/> No planea quedar embarazada en el próximo año <input type="checkbox"/> Planea quedar embarazada			
Escriba una X junto a la opción que corresponda.			
<input type="checkbox"/> Histerectomía	<input type="checkbox"/> Acetato de medroxiprogesterona Fecha de la última inyección:		
<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas bilateral Fecha:	<input type="checkbox"/> Preservativos		
<input type="checkbox"/> Oclusión tubárica histeroscópica Fecha:	<input type="checkbox"/> Método del calendario		
<input type="checkbox"/> Implante/Nexplanon Fecha:	<input type="checkbox"/> Celibato		
<input type="checkbox"/> DIU Tipo: <input type="checkbox"/> Mirena <input type="checkbox"/> Paragard <input type="checkbox"/> Skyla Fecha:	<input type="checkbox"/> Menopausia natural Fecha:		
<input type="checkbox"/> Diafragma	<input type="checkbox"/> Menopausia quirúrgica Fecha:		
<input type="checkbox"/> Anticonceptivos orales/hormonales <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Parche <input type="checkbox"/> Anillo	<input type="checkbox"/> Vasectomía		
Edad de inicio de la menstruación:	Edad de inicio de la menopausia:	¿Es sexualmente activa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

ANTECEDENTES DE EMBARAZOS			
Total de embarazos:	Partos:	Abortos:	Abortos espontáneos:
INSTRUCCIONES POR ADELANTADO VIGENTES			
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Testamento vital <input type="checkbox"/> Poder notarial duradero <input type="checkbox"/> Apoderado para la atención médica <input type="checkbox"/> Orden médica para el soporte vital (POLST, por sus siglas en inglés)			

*****SOLO PARA USO OFICIAL*****	
Revisado por el proveedor: _____	Fecha: _____
Registros solicitados para los análisis para: _____	Fecha: _____