

Revisión de la Salud

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Fecha:** _____

La salud física y emocional tienen un impacto mutuo. La información sobre su salud física le ayudará a planificar sus servicios.

Nombre del Médico de Atención Primaria: _____					<input type="checkbox"/> NINGUNO
Ultima vez visto:	<input type="checkbox"/> en los últimos 3 meses	<input type="checkbox"/> en los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/> en el último año	<input type="checkbox"/> en los últimos 2 años	<input type="checkbox"/> mas de 2 años

Nombre del Dentista: _____					<input type="checkbox"/> NINGUNO
Ultima vez visto:	<input type="checkbox"/> en los últimos 3 meses	<input type="checkbox"/> en los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/> en el último año	<input type="checkbox"/> en los últimos 2 años	<input type="checkbox"/> mas de 2 años

Nombre del Oculista: _____					<input type="checkbox"/> NINGUNO
Ultima vez visto:	<input type="checkbox"/> en los últimos 3 meses	<input type="checkbox"/> en los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/> en el último año	<input type="checkbox"/> en los últimos 2 años	<input type="checkbox"/> mas de 2 años

Historial Médica:			
<input type="checkbox"/> Sin condiciones médicas			
Verifique solo las condiciones médicas actuales o pasadas.			
Asma	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
Cáncer	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
Problemas dentales	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
Diabetes tipo 1	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
Diabetes tipo 2	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
Lesión de cabeza	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
Pérdida de audición	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
Hiperlipidemia (colesterol alto)	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
VIH	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
Obesidad	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
Enfermedad renal (riñón)	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
Hipertensión (presión arterial alta)	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
Tuberculosis (TB)	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
Visión / condición ocular	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
Otro _____	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado
Otro _____	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado

Continúa en la pagina de atras

Dolor Físico	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Historia	<input type="checkbox"/> Activo - tratado	<input type="checkbox"/> Activo - no tratado							
Si está activo, complete a continuación (Si no, pase al Historial nutricional)											
Condición / ubicación de dolor: _____											
¿Cómo afecta su dolor su funcionamiento?	Ligeramente limitante		Moderadamente limitante	Severamente limitante							
Intensidad de Dolor: Circule el número que mejor describa su dolor.											
	Ninguno	Leve	Incómodo	Serio	Insoportable						
¿cual es el peor dolor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿cual es el menos dolor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿cual es el dolor ahora?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Historial Nutricional: marque todo lo que corresponda		
Esfuerzos para evitar el aumento de peso:	<input type="checkbox"/> Si (completa a continuación)	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Vómitos Autoinducidos	<input type="checkbox"/> Uso de laxantes / diuréticos / enemas	<input type="checkbox"/> Restricción extrema / ayunas
<input type="checkbox"/> Ejercicio Excesivo	<input type="checkbox"/> Pérdida de control de la alimentación	<input type="checkbox"/> La comida domina los pensamientos / la vida
Cambio de Peso	Otro	
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso de 15 o más libras en los últimos 90 días	<input type="checkbox"/> Cambio reciente en el apetito	<input type="checkbox"/> Dificultad para masticar o tragar
<input type="checkbox"/> Aumento de peso de 15 o más libras en los últimos 90 días	<input type="checkbox"/> Dieta especial / restricciones alimenticias:	<input type="checkbox"/> Ninguno

Historial de drogas / Medicamentos: Escriba todos los medicamentos que está tomando actualmente (incluya vitaminas, hierbas o medicamentos sin receta)					
<input type="checkbox"/> NO Medicamentos					
Medicamento	Dosis	Frecuencia	Medicamento	Dosis	Frecuencia
1			5		
2			6		
3			7		
4			8		

Alergias a Medicamentos: Escriba todas las alergias a medicamentos			
<input type="checkbox"/> NO hay alergias a medicamentos			
Medicamento	Reacción	Medicamento	Reacción
1		4	
2		5	
3		6	

Alergias a los Alimentos: Escriba todos los alimentos conocidos / otras alergias.			
<input type="checkbox"/> NO hay alergias a alimentos			
Comida / Otras alergias	Reacción	Comida / Otras alergias	Reacción
1		4	
2		5	
3		6	

Hospitalizaciones o Cirugía Mayor: Escriba cualquier hospitalización o cirugías		
<input type="checkbox"/> Ninguna		
Hospital	Fecha	Razón