

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