



### FORMULARIO DE ADMISIÓN DE PACIENTE NUEVO NEW PATIENT INTAKE FORM

Responda todas las preguntas lo mejor que pueda.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: (casa) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Quién lo refirió? \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

¿Cuándo iniciaron los síntomas? \_\_\_\_\_ Los síntomas: Mejoraron Permanecen igual Empeoraron

¿Ha recibido algún tratamiento previo? \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Otros médicos que actualmente participen en su atención: \_\_\_\_\_

¿Tiene una directiva anticipada/testamento en vida/poder notarial?  Sí  No

¿Se ha caído en los últimos 30 días?  Sí  No

¿Se ha sentido triste, deprimido/a o sin esperanza en los últimos 30 días?  Sí  No

**HISTORIAL SOCIAL: encierre en un círculo la respuesta adecuada**

Estado civil: Soltera Casada Divorciada Viuda

¿Consumo productos del tabaco? Nunca Actualmente Antes #cajetillas/ día \_\_\_\_\_ Edad: inicio \_\_\_\_\_ Lo dejó \_\_\_\_\_

¿Consumo alcohol? Nunca Actualmente Antes Tipo: Cerveza Vino Licor Frecuencia: \_\_\_\_\_

¿Consumo drogas recreativas? Nunca Actualmente Antes Tipo: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Empleo: Trabajando Jubilado Discapacitado Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

¿Es sexualmente activa? Sí No

¿Actualmente participa en alguna actividad física? Sí No

Entorno del hogar: Vive solo: \_\_\_\_\_ Vive con: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de dieta lleva actualmente? Regular Blanda Líquida Diabético Incapaz de comer

**ALERGIAS: indique cualquier alergia a medicamentos, alimentos o medio ambiente. Incluya los efectos secundarios si los conoce.**

- 1. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_

**PROBLEMAS MÉDICOS: ejemplo: asma, cáncer, diabetes, enfermedades cardíacas, hipertensión.**

- 1. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_

< fin >

Patient Label

NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

FIN: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD



**CIRUGÍAS ANTERIORES: enumere cualquier cirugía/procedimiento anterior con fecha/año si lo conoce.**

1. _____	5. _____
2. _____	6. _____
3. _____	7. _____
4. _____	8. _____

**ANTECEDENTES FAMILIARES: complete con una S para Sí y N para No**

¿Algún miembro de su familia (pariente consanguíneo inmediato) tiene antecedentes o padece actualmente alguno de los siguientes?:

	S	N	Familiar		S	N	Familiar
Cáncer de mama	_____	_____	_____	Cáncer de tiroides	_____	_____	_____
Cáncer de colon	_____	_____	_____	Cáncer de esófago	_____	_____	_____
Cáncer de pulmón	_____	_____	_____	Cáncer de estómago	_____	_____	_____
Cáncer de páncreas	_____	_____	_____	Cáncer de hígado	_____	_____	_____
Melanoma	_____	_____	_____	Sarcoma	_____	_____	_____
Otro tipo de cáncer	_____	_____	_____				

Enumere otros tipos de cáncer: \_\_\_\_\_

Asma	_____	_____	_____	Enfermedades del corazón	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____	Hipertensión	_____	_____	_____
Otros padecimientos:	_____	_____	_____				

Enumere otros tipos de padecimientos: \_\_\_\_\_

Desconocida \_\_\_\_\_ Adquirida \_\_\_\_\_

**REVISIÓN FÍSICA**

Indique si ha experimentado alguno de los siguientes síntomas recientemente: **Encierre en un círculo** los que correspondan

GENERAL:	Fiebre, escalofríos, pérdida de peso, fatiga, pérdida del apetito
OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA:	Cambios visuales, visión doble, zumbido en los oídos, sangrado, infecciones del oído/sinusitis
PIEL:	Erupciones, lunares cambiantes, resequedad, picazón, quemaduras solares
ENDOCRINO:	Intolerancia al calor/frío, sed/hambre/micción excesiva
PULMONES:	Dificultad para respirar, tos, sibilancias, sangre en el esputo
CORAZÓN:	Dolor en el pecho, latidos cardíacos irregulares, palpitaciones, presión en el pecho
GASTROINTESTINAL:	Dolor abdominal, dificultad para tragar, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento
GENITOURINARIO:	Dolor al orinar, sangre en la orina, micción frecuente, incontinencia
MUSCULOESQUELÉTICO:	Dolores musculares, dolor de espalda, dolor en las articulaciones, hinchazón de las articulaciones
NEUROLÓGICO:	Dolores de cabeza, entumecimiento, debilidad, pérdida de memoria, convulsiones, mareos
PSIQUIÁTRICO:	Depresión, ansiedad, insomnio, cambios de humor
OTROS SÍNTOMAS:	_____

Cualquier cosa adicional que le gustaría que su médico supiera: \_\_\_\_\_

Patient Label

NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

FIN: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

**PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD**