



DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente: _____ **SS#** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Zip:** _____

Teléfono: _____ **Teléfono celular:** _____ **Teléfono Trabajo:** _____

Fecha de Nacimiento: __/__/__ **Sexo:** __Masculino __Femenino

Estado Civil: __Casado __Soltero __Divorciado __Viudo

Raza: __Indio americano o nativo de Alaska, __Asiático, __Africano Americano, __Blanco, __Chino, __Filipino, __Hispano, __Japonés, __Multi-raza, __Nativo, __Hawaiano, __Islas del Pacífico, __Otro, __Indeterminado, __Prefiere no decir

Idioma: __Inglés, __Francés, __Alemán, __Japonés, __Coreano, __Latín, __Español, __Vietnamita, __Prefiere no decir

Etnicidad: __Hispano o Latino, __No Hispano ni Latino, __Prefiere no decir

Patrón (si aplica): _____ **Ocupación:** _____

Estado de Empleo: __Tiempo completo, __Medio tiempo, __Ama de casa, __Desempleado, __Jubilado

Estado del estudiante: __Tiempo completo, __Medio tiempo

Nombre de la farmacia / Ubicación: _____ **Correo electrónico:** _____

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE: (Llenar sólo si es diferente de paciente)

Garante: _____ **Fecha nacimiento:** __/__/__ **SS#** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Zip:** _____

Teléfono: _____ **Celular:** _____ **Teléfono Trabajo:** _____

Contacto de emergencia: (Alguien que no viva con usted)

Nombre: _____ **Relación:** _____

Teléfono: _____ **Celular:** _____ **Teléfono trabajo:** _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Nombre del seguro principal: _____

Póliza #: _____ **Grupo:** _____

Nombre del asegurado: _____ **Fecha de Nacimiento del asegurado:** __/__/__

Nombre Seguros secundarios: (Llenar sólo si Medicare es el seguro primario) _____

Póliza #: _____ **Grupo:** _____

(Por favor, entregue en recepción la tarjeta/s del seguro y licencia de conducir para fotocopiar)

Firma _____ **Fecha** _____

La firma es de el/la: __Paciente __Padre de familia __Tutor legal __Poder de representación del paciente



EVALUACIÓN SANITARIA E HISTORIAL

Nombre: _____ Fecha: ___/___/___

F. Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Sexo: _____ Altura _____ Peso _____

MOTIVO DE LA CONSULTA (POR FAVOR, SEA ESPECÍFICO):

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Agencia de atención a domicilio: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

CONDICIONES MÉDICAS ACTUALES: (EJEMPLO: HIPERTENSIÓN, DIABETES)

Enfermedad / Condición	Fecha	Enfermedad / Condición	Fecha

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: (EJEMPLO: ¿HISTERECTOMÍA, APENDICECTOMÍA, STENT, ANGIOGRAMA?)

Cirugía	Fecha	Cirugía	Fecha

HOSPITALIZACIONES: (¿HA PADECIDO ALGUNA VEZ UNA ENFERMEDAD GRAVE QUE REQUIRIERA HOSPITALIZACIÓN Y NO UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?)

Razón	Año	Hospital	Razón	Año	Hospital

MEDICAMENTOS ACTUALES: (POR FAVOR, LISTAR RECETAS, SIN RECETA MÉDICA, VITAMINAS, HIERBAS)

Medicación	Dosis	Frecuencia	Medicación	Dosis	Frecuencia



ALERGIAS: ¿ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO, ALIMENTO, FACTOR AMBIENTAL, YODO, MARISCO, LÁTEX U OTRAS SUSTANCIAS? POR FAVOR, ESPECIFIQUE LA ALERGIA Y LA REACCIÓN. Sin alergias conocidas

Alergia	Reacción	Alergia	Reacción

¿Ha tenido usted, o algún pariente consanguíneo, una reacción a la anestesia? Sí No
En caso afirmativo, explique: _____

HISTORIA SOCIAL:

Ocupación: _____

(Marque una opción) Tiempo completo, Tiempo parcial, Jubilado, Ama de casa,
 Desempleado, Discapacitado

DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL:

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
	¿Con qué frecuencia tomó una bebida con alcohol en el último año? <input type="checkbox"/> Mensualmente o menos <input type="checkbox"/> 2-4 veces al mes <input type="checkbox"/> 2-3 veces a la semana <input type="checkbox"/> 4 o más veces a la semana
	¿Cuántas copas tomó en un día normal cuando bebía en el último año? <input type="checkbox"/> 1 o 2 <input type="checkbox"/> 3 o 4 <input type="checkbox"/> 5 o 6 <input type="checkbox"/> 7 a 9 <input type="checkbox"/> 10 o más
	¿Con qué frecuencia tomó 6 o más bebidas en una ocasión en el último año? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> A diario o casi a diario

DETECCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO:

<input type="checkbox"/> No fumador	<input type="checkbox"/> Antiguo fumador	<input type="checkbox"/> Fumador actual
	¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que fumó? <input type="checkbox"/> 1-3 meses <input type="checkbox"/> 3-6 meses <input type="checkbox"/> 6-12 meses <input type="checkbox"/> 1-5 años <input type="checkbox"/> 5-10 años <input type="checkbox"/> > 10 años	¿Con qué frecuencia fuma cigarrillos? <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Algunos días
		¿Cuántos cigarrillos fuma al día? <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> 31 o más
		¿Fuma su primer cigarrillo al poco de despertar? <input type="checkbox"/> Antes de 5 minutos <input type="checkbox"/> De 6 a 30 minutos <input type="checkbox"/> 31-60 minutos <input type="checkbox"/> Después de 60 minutos
		¿Está interesado en dejar de fumar? <input type="checkbox"/> Listo para dejar de fumar <input type="checkbox"/> Pensando en dejar de fumar <input type="checkbox"/> No está preparado para dejar de fumar



Historia familiar: Parentesco (Madre / Padre / Hermano / Hermana / etc).

_Diabetes: _____ _Aneurismas: _____ _Varices: _____
 _Hipertensión: _____ _Problemas de sangrado: _____ _Hinchazón de piernas: _____
 _Ataque al corazón: _____ _TVP (Coágulos de sangre): _____ _Cáncer: _____
 _Accidente cerebrovascular / AIT: _____ _Lupus: _____ _Otros: _____

Hepatic/Renal	Sí	No
Ictericia Amarilla		
Hepatitis		
Cirrosis		
Problemas de riñon		
Sangre en la orina		
Frecuencia urinaria		
Dificultad para orinar		
Mental	Sí	No
Ansiedad		
Depresión		
Agitación		
Excitabilidad		
Olvido		
Confusión		
Enfermedad Infecciosa	Sí	No
Hiv/Sida		
Habla / Audición	Sí	No
Problemas de lenguaje		
Problema de voz		
Zumbido en los oídos		
Infección de oído frecuentes		
Problemas auditivo		
Sordera		
Vértigo		
Visión	Sí	No
Ceguera		
Cataratas		
Glaucoma		
Visión doble		
Visión borrosa		
Dolor (Ojo)		
Visión reducida		

Respiratorio	Sí	No
Historial de tuberculosis		
Enfisema		
Pulmón colapsado		
Cardiovascular	Sí	No
Dolor de pecho		
Falta de aliento		
Marcapasos		
Insuficiencia cardíaca congestiva		
Angina		
Infarto de miocardio		
Trastornos de sangrado / Coagulación		
Flebitis		
Enfermedad Vasculat Periférica		
Transfusiones de sangre		
Gastrointestinal	Sí	No
Dolor abdominal		
Diverculitis		
Sangre en heces		
Diarrea o estreñimiento frecuente		
Acidez / Indigestión		
Náuseas / Vómitos		
Dificultad para masticar		
Dificultad para tragar		
Tubo de alimentación		
Tubo De Alimentación		
Dieta especial		
Pérdida de peso reciente		
¿Peso perdido?		
Uso de laxantes		
Musculo Esquelético	Sí	No
Artritis		
Enfermedad muscular		
Limitación física / Bastón / Andador/Silla de ruedas / Prótesis / Amputaciones / Plantillas de calzado		

Neurológico	Sí	No
Adormecimiento / Hormigueo		
Parálisis		
Debilidad		
Pérdida de memoria		
Convulsiones		
Ataque al corazón / Infarto		
Dolores de cabeza		
Dolor	Sí	No
¿Siente dolor?		
¿Qué lo alivia?		
Historia Social	Sí	No
Cantidad de alcohol:		
Cantidad de tabaco:		
Consumo de drogas		
Tipo de droga:		
Cantidad de droga:		
Químico / Ambiental / Contacto		
Por favor, explique las respuestas "Sí" a partir de las preguntas anteriores:		
Ocupación:		
Última vacuna de la gripe:		
Última vacunación de neumonía:		
¿Le gustaría que enviásemos sus informes a sus especialistas?		



Endocrino	Sí	No
Diabetes Mellitus insulino dependiente		
Diabetes no insulino dependiente		
Enfermedad de tiroides		
Enfermedad suprarrenal		
Hepatic/Renal	Sí	No
Asma		
Sibilancias		
Falta de aliento		

Piel	Sí	No
Cambios en color de piel		
Heridas		
Moretones		
Lesiones		
Sarpullido		

Por Favor, Lista De Sus Especialistas:
Cardiólogo (Corazón):
Neurólogo (Sistema nervioso):
Hematólogo (Sangre):
Reumatólogo (Artritis):
Podólogo (Pie):
Dermatólogo (Piel):
Endocrinólogo (Hormonas):
Neumólogo (Pulmón):
Especialista del dolor:
Cuidado de heridas:

HISTORIAL DE LA SALUD VENOSA

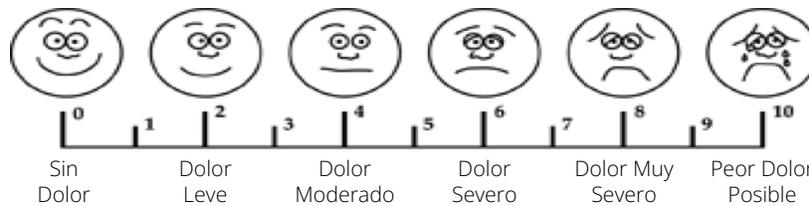
Nombre del paciente: _____ F. Nacimiento: ___/___/___

¿Siente cualquiera de los siguientes síntomas en las piernas? Sea específico, su seguro requiere esta información para la aprobación.

	I	D	Comentarios (opcional)
Doliente / Dolor			
Pesadez			
Cansancio / Fatiga			
Picazón / Ardor			
Tobillos hinchados			
Calambres de piernas			
Piernas inquietas			
Palpitante			
Otro			

Actividades afectadas: (Marque todas las que apliquen) Pasear, Ir de compras, Hacer ejercicio, Limpiar, Cocinar, Ducharse, Trabajar

¿Cuál es el nivel de dolor en las piernas? (Seleccione uno)



¿Alguna vez ha tenido lo siguiente?

	No	I	D	Fecha	Comentarios (opcional)
Fleboextracción o ablación					
Inyecciones vena (cosmética)					
Ulceraciones de la pierna					
Coágulos de sangre					
Flebitis					



¿Tiene un historial familiar de venas varicosas? Sí No ¿Quién? _____

¿Han empeorado sus síntomas en los últimos meses? Sí No

¿Toma alguna medicación para el dolor en las piernas? Sí No ¿Qué? _____ ¿Cuánto Tiempo? _____

¿Usted eleva las piernas para el malestar? Sí No ¿Cuánto Tiempo? _____

¿Hace ejercicio? Sí No ¿Cada Cuánto? _____ ¿Tipo? _____

¿Usa o ha utilizado las medias de compresión? Sí No ¿Rx u OTC? ¿Cuánto Tiempo? _____

¿Tiene dificultad para caminar? Sí No Rx es de la farmacia

¿Su ocupación requiere permanecer de pie? Sí No OTC es sin prescripción de doctor

¿Su ocupación requiere mucho tiempo sentado? Sí No

¿Cuál es el nombre de su médico remitente? _____

Firma del Paciente

Fecha

HISTORIAL DE SALUD ARTERIAL

Nombre del paciente: _____ F. Nacimiento: ___/___/___

¿Cuánto tiempo puede caminar antes de desarrollar dolor en las piernas?

1 manzana 2 manzanas 3 manzanas Indefinidamente Otro:

¿Dónde se produce el dolor?

Pie, Pierna por debajo de la rodilla, Muslo, Otro:

¿Qué alivia el dolor?

Descansar la pierna en posición baja Descansar la pierna en posición elevada

Ejercicio: Medicación: Otros:

¿Qué empeora el dolor?

Ha tenido alguna vez heridas en: Pie Dedo del pie Pierna Otro: ¿Durante cuánto tiempo?

¿Se curaron y volvieron las heridas? Sí No

¿Tiene alguna prótesis o implante? Sí, especifique: _____ No

¿Tiene un marcapasos? Sí No

¿Se ha sometido alguna vez a las siguientes pruebas?

¿Prueba de esfuerzo en el corazón? Sí No ¿Cuándo / ¿Dónde? _____

¿Resonancia magnética o tomografía computarizada? Sí No ¿Cuándo / Dónde? _____

¿Angiograma de los vasos sanguíneos? Sí No ¿Cuándo / Dónde? _____

¿Prueba de función pulmonar / prueba de función pulmonar? Sí No ¿Cuándo / Dónde? _____

¿Cateterismo cardíaco / angiograma? Sí No ¿Cuándo / Dónde? _____



HISTORIAL DE SALUD UTERINA

HISTORIAL MENSTRUAL

Duración (#Días): _____ **Abundante (#Días):** _____ **Compresas** ___ **Tampones** ___ **Ambos** ___
Frecuencia de los cambios: _____ **Último Período:** _____ **Primera menstruación (Edad):** _____
Embarazos: _____ **Nacidos vivos:** _____ **Abortos espontáneos:** _____
Abortos elegidos: _____
 ___Anemia ___Transfusiones ___Coágulos sanguíneos ___Frecuencia de estreñimiento
 ___Frecuencia urinaria ___Presión pélvica ___Dolor Pélvico ___Otros _____
 ___Píldoras anticonceptivas: ___/___/___ ___Lupron/Devo-Provera: ___/___/___
Obstetra/Ginecólogo(a): _____ **Último Papanicolaou:** _____ **Comentarios:** _____

Nombre del paciente: _____ **F. Nacimiento:** ___/___/___

Necesidades especiales: ___Cultural ___Comunicación ___Leer y escribir ___Desarrollo ___Religioso
 ___Financiero ___Idioma extranjero

Estilo de aprendizaje: ___Verbal ___Escrito ___Demostración

DÓNDE VIVE

___Solo en casa
 ___Casa con la familia / Cuidador (quién) _____ ___Medio tiempo ___Tiempo completo
 ___Hogar de Ancianos (nombre) _____ Grupo Hogar (nombre) _____
 ___Otros, Explique: _____ Están satisfechos con la atención que está recibiendo: ___Sí ___No

NECESIDADES DE CUIDADO PERSONAL (BASADO EN EL ESTADO DE SALUD)

¿Necesita actualmente o si es necesario, ayudar con lo siguiente (marque las que aplican):

___A Pie ___Caminar ___Ir al baño ___Comer ___Cuidado de la herida ___Cocinar
 ___Vestirse ___Bañarse ___Preparación de Medicamentos ___El transporte para las necesidades de atención de salud

Explique: _____

¿UTILIZA ALGÚN DE LOS SIGUIENTES? (MARQUE TODO LO QUE APLIQUE)

___Dentadura superior (___Completo / ___Parcial)	___Dentadura inferior (___Completo / ___Parcial)
___Anteojos / Lentes de contacto	___Aparatos ortopédicos o retenedores
___Dientes quebrados, dañados o flojos,	___Prótesis auditivas (___D ___I ___Ambos)
___Fundas o puentes	___Prótesis / Implante
___Cama de hospital	___IV Terapia
___Tratamientos respiratorios / Inhaladores	___Oxígeno ___L/minuto
___Bi-Pap / C-Pap	___Otro: _____



Directivas-Por favor, llevar con usted	Sí	No	Explicación
Poder notarial duradero			
Representante de atención a la salud			
Documento de no resucitar			
Testamento vital			
Procedimientos para prolongar la vida			
¿Tiene alguna de la documentación anterior?			
¿Dónde está la copia del documento?			

Cuestionario completado por

Relación

Fecha

- CIVIQ – 14 –

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO DEL PACIENTE

Mucha gente se queja de dolor de piernas. Nos gustaría saber con qué frecuencia ocurren estos problemas de piernas y cómo pueden afectar la vida diaria de la gente que sufre de ellos.

A continuación, encontrará una lista de síntomas, sensaciones o molestias que usted puede o no experimentar, y que le pueden hacer la vida diaria más o menos difícil. **Para cada síntoma, sensación o molestia en la lista, le pedimos que conteste las preguntas:**

Por favor, indique si realmente ha experimentado lo que se describe en cada frase y, si la respuesta es 'sí', qué tan intenso fue. Hay cinco posibles respuestas y nos gustaría que marcara con un círculo la que mejor describa su situación:

Marque con un círculo el número 1: Si no siente que el síntoma, sensación o molestia que se describe se aplica a usted
Marque con un círculo el número 2, 3, 4 ó 5: Si lo ha sentido con más o menos

1) Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido dolor en los tobillos o piernas y qué tan severo ha sido ese dolor?
Marque con un círculo el número que se aplica a usted.

Sin dolor

Poco dolor

Dolor moderado

Mucho dolor

Dolor severo

1

2

3

4

5



2) Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan molesto(a) se ha sentido en su trabajo o durante sus actividades diarias usuales debido a sus problemas de piernas? Marque con un círculo el número que se aplica a usted.

Nada Molesto(a)	Un poco molesto(a)	Más o menos molesto(a)	Muy molesto(a)	Extremadamente molesto(a)
1	2	3	4	5

3) Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha dormido mal debido a sus problema de piernas, y con qué frecuencia? Marque con un círculo el número que se aplica a usted.

Nunca	Raramente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Cada noche
1	2	3	4	5

Durante las últimas cuatro semanas, ¿Qué tan molesto(a) se ha sentido al hacer las actividades indicadas a continuación, debido a sus problemas de piernas? En la tabla siguiente, para cada declaración, indique qué tan molesto(a) se ha sentido, marcando con un círculo el número elegido.

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Completamente
4) Subir varios pisos por las escaleras	1	2	3	4	5
5) Agacharse / Arrodillarse	1	2	3	4	5
6) Caminar rápidamente	1	2	3	4	5
7) Salir de noche, ir a bodas, fiestas...	1	2	3	4	5
8) Practicar un deporte / Hacer esfuerzos físicos	1	2	3	4	5



Los problemas de piernas también pueden afectar su estado de ánimo. ¿Qué tanto corresponden las siguientes declaraciones a lo que ha sentido durante las últimas cuatro semanas?

En la tabla siguiente, para cada declaración, marque con un círculo el número que se aplica a usted.

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Completamente
9) Me he sentido nervioso(a)/ Tenso(a)	1	2	3	4	5
10) He sentido que era una carga para los demás	1	2	3	4	5
11) He tenido vergüenza de mostrar mis piernas	1	2	3	4	5
12) Me he irritado fácilmente	1	2	3	4	5
13) Me he sentido como si hubiera estado incapacitado(a)	1	2	3	4	5
14) No he tenido ganas de salir	1	2	3	4	5