

Paquete para pacientes nuevos

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR

Enumere a continuación el historial de salud de sus parientes de sangre (genéticos) en primer grado, incluyendo **diabetes, enfermedad cardíaca/del corazón o cánceres**

<i>Pariente</i>	<i>Vivo o Fallecido</i>	<i>Edad actual o edad al fallecer</i>	<i>Causa de fallecimiento</i>	<i>Problemas de salud</i>
Padre:				
Abuela paterna:				
Abuelo paterno:				
Madre:				
Abuela materna:				
Abuelo materno:				
Hermano(s):				
Hermana(s):				
Hijos:				

Paquete para pacientes nuevos

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



AFECCIONES MÉDICAS ACTUALES			
<i>Afección / Enfermedad</i>	<i>Año en que comenzó</i>	<i>Afección / Enfermedad</i>	<i>Año en que comenzó</i>
<input type="checkbox"/> Colesterol alto		Otro(s):	
<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea - hipo/hiper			
<input type="checkbox"/> EPOC, neumonía, enfisema o asma			
<input type="checkbox"/> Diabetes			
<input type="checkbox"/> ERGE/Reflujo ácido/Problemas estomacales			
<input type="checkbox"/> Depresión o ansiedad			
<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos (Stents cardíacos/Fibrilación atrial)			
<input type="checkbox"/> Hipertensión			
<input type="checkbox"/> Cáncer			
<input type="checkbox"/> Artritis			
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal			
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral			
<input type="checkbox"/> Anemia o trastornos de la sangre			

Paquete para pacientes nuevos

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



HISTORIAL QUIRÚRGICO/DE HOSPITALIZACIÓN

<i>Nombre</i>	<i>Diestro o Zurdo</i>	<i>Fecha</i>	<i>Comentarios</i>

Paquete para pacientes nuevos

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



HISTORIAL SOCIAL					
Hábito de fumar	Fecha de inicio:	Fecha en que dejó:	Tipo: [CIGARRILLO/PIPA/CIGARRO]	Paquetes/Día	Años
Situación de tabaquismo: [marcar con un círculo]	Fumador actual todos los días Fumador actual algunos días Ex fumador Gran fumador de tabaco Fumador leve de tabaco Nunca evaluado Nunca fumó Exposición pasiva al humo - Nunca fumó Fumador, se desconoce su situación actual No se sabe si fumó en algún momento Se desconoce su situación actual				
Situación de tabaco sin humo: [marcar con un círculo] Consumidor actual Ex consumidor Nunca consumió No se sabe	Fecha en que dejó:	Tipos: [RAPÉ/MASTICABLE]	COMENTARIOS PARA TABACO		
Estado de consumo de alcohol: [MARCAR CON UN CÍRCULO] No consume No Sí	Consumo/Semana	Tipo: [1.5 onzas de licor, 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino, trago que contiene 1.5 medidas de alcohol]	COMENTARIOS PARA ALCOHOL		
Estado de consumo de drogas: [MARCAR CON UN CÍRCULO] No se le preguntó No Sí	Uso/Semana: [1,2,5,10]	Tipos: [COCAÍNA, IV, MARIJUANA, METANFETAMINAS]	COMENTARIOS PARA CONSUMO DE DROGAS		
DIRECTIVAS ANTICIPADAS		COPIA DISPONIBLE PARA REGISTROS OFICIALES: SÍ / NO			

Paquete para pacientes nuevos

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



Pruebas/Procedimientos de mantenimiento de la salud estandarizados			
PROCEDIMIENTOS	Fecha	PROVEEDOR QUE LO ORDENÓ	LUGAR EN QUE SE REALIZÓ
Dúplex aórtico			
Radiografía de tórax			
Colonoscopia			
Estudio para detección de osteoporosis/DEXA			
Examen del ojo para diabéticos			
Examen del pie para diabéticos			
EKG - basal			
Mamografía			
Papanicolau			
PFT			

INMUNIZACIONES	Fecha en que la recibió
Vacuna contra la gripe	
Vacuna contra la neumonía (PCV 23)	
Prevnar 13	
Tétano	
Tdap	
Gardasil	
Zostavax (vacuna contra el herpes zóster)	
Vacunas contra la hepatitis B	

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



RECORDATORIO:

Por favor, traiga TODOS sus frascos de medicamento (incluyendo píldoras recetadas y vitaminas/minerales de venta libre), ya que esto garantizará una lista de medicamentos lo más precisa posible.

Atentamente,

Geisinger Holy Spirit Medical Group