

Bienvenidos a la Clinica Primaria de Medicina Interna

Quienes somos

Somos una clinica de medicina interna que es parte del hospital Mount Sinai. Somos un grupo de doctores, enfermeras, asistentes medicos y trabajadoras sociales todos trabajando juntos para darle el mejor cuidado.

Servicios disponibles

- Chequeo general medico
- Tratamiento de condiciones cronicas como la diabetes o alta presion
- Clinicas especializando en diabetes, dolores musculares, hepatitis y salud mental

Como funciona la clinica

En su primer visita un doctor sera asignado a su caso como su doctor primario. Todos los doctors son supervisados por un grupo de doctores mayores

****El nombre de su doctor que aparece en su tarjeta de seguro va hacer el nombre del doctor mayor por cual quisas sea diferente de su doctor primario*

Que esperar durante su primera o segunda visita

- Preguntas sobre enfermedades y otras condiciones
- Exámenes de sangre o inyecciones dependiendo de su edad
- Examen fisico

****Quisas no tendremos tiempo para cubrir todo durante su primera visita pero les daremos otra cita par regresar en unas semanas para seguir conversando sobre su salud*

A cada visita

- Le cojeremos la pression y temperatura
- Vera al doctor que al fin de la visita revisara su cuidado con el doctor mayor
- Le sacaran sangre o le daran inyecciones si las necesita
- Hacer cita para regresar para atencion medica susecuente

****Haremos todo lo posible por darle cita para regresar con su doctor primario , pero haveces esto es dificil. Quisas le tendremos que darle cita con otro doctor en el grupo.*

FORMULARIO DE PRIMER VISITA A IMA
ENTREGUE ESTE FORMULARIO A SU MEDICO

LA VISITA DE HOY:

¿Cuáles son los dos problemas de mayor importancia para usted hoy?

1. _____
2. _____

¿Usted necesita que su médico llene algún formulario o escriba alguna carta hoy? SI NO

HISTORIA MEDICA:

*Escriba sus problemas de salud:
Use el lado opuesto si es necesario.*

MEDICAMENTOS:

*Escriba los medicamentos que usted está
tomando.
Use el lado opuesto si es necesario.*

Alergias: _____

¿Usted ha estado hospitalizado(a) en el último año? SI NO

¿Por qué y en qué hospital? _____

CIRUGIAS:

*Escriba cualquier cirugía o procedimiento que ha
tenido el en pasado, incluyendo la fecha:*

HISTORIA FAMILIA:

*Escribe cualquier problema que corre en su
familia (por ejemplo, diabetes, cáncer, problemas
del corazón):*

TRATAMIENTOS MEDICOS ANTERIORES:

Escriba los médicos que ha visto anteriormente.

Para ayudarnos darle el mejor tratamiento, favor de traer cualquier documento médico que tenga a su próxima visita.

Si tiene tiempo, favor de contestar las siguientes preguntas:

FORMULARIO GENERAL DE SALUD:

Usted fuma? SI NO

¿Le interesa dejar de fumar? SI NO

Durante las últimas dos semanas, ¿ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades?

Poco interés o placer en hacer cosas: SI NO

Sintiéndose decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas: SI NO

¿Está recibiendo tratamiento para su salud mental actualmente? SI NO

¿Dónde y para qué problema? _____

¿Se ha caído en el último año? SI NO

¿En el último año, ha tenido miedo de caerse? SI NO

¿Quiere recibir la vacuna de la influenza hoy día? SI NO

¿Quiere recibir la prueba de VIH hoy día? SI NO

Si nació entre 1945 y 1965, ¿quiere recibir la prueba de hepatitis C hoy día? SI NO