

FORMULARIO DE AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE PARA VISITA INICIAL COMO PACIENTE AMBULATORIO PARA RECIBIR CUIDADOS GERIÁTRICOS

Le solicitamos a todos nuestros pacientes que completen este formulario durante su primera visita. Responda todas las preguntas. Si no entiende alguna pregunta, nuestro personal se la explicará. Toda la información será **CONFIDENCIAL** y formará parte de su historia médica.

| | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--|--|----------------------------|--------------------------|--|
| Nombre: | | | Fecha de nacimiento: | | | Fecha de la visita: | | |
| Motivo de la visita/dolencia principal: | | | | | | | | |
| Antecedentes de la enfermedad actual: | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene algún dolor? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí En caso afirmativo, ¿qué nivel de gravedad? <input type="checkbox"/> leve (1 a 3) <input type="checkbox"/> moderado (4 a 6) <input type="checkbox"/> intenso (7 a 10) | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿Dónde siente el dolor? | | | | | | | | |
| Control de los sistemas: ¿Ha tenido... | | | | | | | | |
| ESTADO GENERAL | | | Control de los sistemas: ¿Ha tenido... | | | | | |
| | SÍ | NO | • OCULAR | | | SÍ | NO | |
| Cambios recientes de peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cambio en la visión en los últimos 6 meses | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Fatiga > 6 meses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uso de anteojos/lentes de contacto | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • RESPIRATORIO | | | • OÍDOS/NARIZ/GARGANTA | | | | | |
| Tos crónica/frecuente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cambio en la audición en los últimos 6 meses | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Falta de aire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cambio en la voz | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • CARDIOVASCULAR | | | Sangrado frecuente de la nariz | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • GASTROINTESTINAL | | | | | |
| Palpitaciones/latidos cardíacos irregulares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Náuseas/vómitos | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Incapacidad para subir 2 tramos de escaleras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cambios en hábitos intestinales | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • MUSCULOESQUELÉTICO | | | • GENITOURINARIO | | | | | |
| Dolor/hinchazón en las articulaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sangre en la orina | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Dificultad para caminar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad para contener la orina | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • NEUROLÓGICO | | | • PSIQUIÁTRICO | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--|------------------------------|-----------|--------------------|-----------|-----------|
| Dolores de cabeza crónicos/frecuentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sensación de depresión/tristeza recientemente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Alguna caída en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nerviosismo/ansiedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Problemas de memoria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Intento de suicidio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| • ENDÓCRINO | | | • CUTÁNEO | | | | | | |
| Alguna pérdida de altura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida del cabello/crecimiento excesivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Sed/micción excesiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sarpullido/picazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| • SÓLO PARA MUJERES | | | • SÓLO PARA HOMBRES | | | | | | |
| Flujo vaginal/sangrado anormal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Secreción por el pene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Secreción/bulto en los senos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bulto en los testículos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Nombre: | | | Fecha de nacimiento: | | Fecha de la visita: | | | | |
| SALUD PREVENTIVA | NO | SÍ | Fecha de | ANTECEDENTES | NO | SÍ | Comentarios | | |
| Vacuna contra tétano y difteria | | | | Consumo actual de alcohol | | | | | |
| Vacuna antineumocócica | | | | Tabaquismo pasado/actual | | | | | |
| Vacuna contra la gripe | | | | Uso de cinturón de seguridad | | | | | |
| Vacuna contra sarampión, | | | | Ejercicio regular | | | | | |
| Vacuna contra hepatitis B | | | | Cuestiones religiosas | | | | | |
| Papanicolau | | | | Cuestiones culturales | | | | | |
| Examen de mamas/ mamografía | | | | Apoderado para fines | | | | | |
| Colonoscopia/sigmoidoscopia | | | | Abuso doméstico | | | | | |
| Densitometría ósea | | | | Nivel de educación: <input type="checkbox"/> escuela primaria <input type="checkbox"/> secundaria <input type="checkbox"/> educación | | | | | |
| | | | | Tipo de trabajo que realiza: | | | | | |
| ALERGIAS A ALIMENTOS/MEDICAMENTOS: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ | | | | Otros: | | | | | |
| Especifique la alergia: | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| SÓLO PARA MUJERES: | | | | SÓLO PARA MUJERES: | | | | | |
| Fecha de la última menstruación: | | | | Nro. de embarazos: | | | | | |
| Edad en la primera menstruación: | | | | Nro. de abortos (espontáneos o no): | | | | | |
| Edad al inicio de la menopausia: | | | | Nro. de nacimientos con vida: | | | | | |
| PARA ADULTOS MAYORES: | | | NO | SÍ | PARA ADULTOS MAYORES: | | | NO | SÍ |
| Capacidad actual para conducir | | | | | Capacidad para vestirse solo | | | | |
| Capacidad para pagar medicamentos | | | | | Capacidad para comer solo | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|
| Capacidad para vivir solo | | | Capacidad para higienizarse solo | | |
| Algún tipo de apoyo social | | | Capacidad para ir de compras solo | | |
| Algún servicio de atención domiciliaria | | | Capacidad para realizar tareas domésticas | | |
| Necesidad de equipos/productos médicos | | | Capacidad para cocinar | | |
| ¿Su hogar es seguro? | | | Capacidad para manejar sus propias finanzas | | |

A mi leal saber y entender, las preguntas de este formulario han sido respondidas de manera exacta. Entiendo que suministrar información puede ser peligroso para mi salud. Es mi responsabilidad informar al consultorio del médico sobre cualquier cambio en mi estado de salud.

También autorizo al personal médico a llevar a cabo los servicios que yo necesite. Fecha:

La información anterior fue revisada y ratificada con el paciente.

Firma del paciente/tutor:

Firma del personal médico: