

HISTORIAL DE SALUD DE ADULTOS PARA PACIENTES NUEVOS

Sus respuestas en esta forma ayudarán al médico una historia precisa de sus preocupaciones médicas y condiciones. Si usted es un paciente actual hay un formulario de actualización más corto que puede utilizar. Por favor llene todas las cinco páginas. Si no puede recordar detalles específicos, por favor proporcione su mejor opción. Si estás incómodo con cualquier pregunta, no conteste. ¡Gracias!

NOMBRE	FECHA	EDAD
--------	-------	------

Principal motivo de la visita de hoy _____

Otras preocupaciones: _____

¿Cuáles son sus metas de salud para el próximo año? _____

¿Donde obtenían su atención antes? _____

¿En las últimas dos semanas a tenido molestias con: Poco interés o placer hacer cosas? ☐ Si ☐ No

Siente triste, deprimido o sin esperanza? ☐ Si ☐ No

REVISIÓN de síntomas: Por favor marque el cuadro de síntomas persistentes que ha tenido en los últimos meses.

General

☐ Pérdida de peso inexplicable / ganancia

☐ Inexplicable fatiga / debilidad

☐ Conciliar el sueño durante el día cuando sentado

☐ Fiebre, escalofríos

Piel

☐ Nuevo o cambiar en mole

☐ Erupción cutánea / picazón

Senos

☐ Bulto o dolor en los senos

Oídos, nariz, garganta

☐ Hemorragia nasal, dificultad para tragar

☐ Frecuente dolor de garganta, ronquera

☐ Pérdida de la audición / zumbido en los oídos

Ojos

☐ Cambiar de visión / ojos dolor / enrojecimiento

Cardiovascular

☐ Dolor en el pecho / malestar

☐ Palpitaciones (latidos cardíacos rápidos o irregulares)

Respiratoria

☐ Tos / jadeo

☐ Fuerte ronquido / alterado la respiración durante el sueño

☐ Falta de aliento con el esfuerzo

Gastrointestinal

☐ Acidez / reflujo / indigestión

☐ Sangre o cambio en el movimiento de intestino

☐ Estreñimiento

Genitourinario

☐ Pérdidas de orina

☐ Sangre en la orina

☐ Micción nocturna o aumento de la frecuencia

☐ Descarga: pene o la vagina

☐ Preocupación con la función sexual

Músculo esquelético

☐ Dolor de cuello

☐ Dolor de espalda

☐ Músculo / dolor articular

☐ No problemas

Endocrino

☐ Sensibilidad de calor o frío

Hematológicas/linfático

☐ Inflamación de los ganglios

☐ Fácil de hematomas

Neurológico

☐ Dolor de cabeza

☐ Pérdida de la memoria

☐ Desmayos

☐ Mareos

☐ Entumecimiento / hormigueo

☐ Marcha inestable

☐ Caídas frecuentes

Inmune alérgica

☐ Fiebre del heno / alergias

☐ Infecciones frecuentes

Psiquiátrica

☐ Ansiedad / estrés / irritabilidad

☐ Problema de sueño

☐ Falta de concentración

☐ No tengo problemas médicos

VACUNAS: Marcar las vacunas que usted ha tenido. Marque la casilla si no sabe la información. ☐ No ☐ Tétano (Td) ☐ Con Pertussis (Tdap) ☐ Varicela (Chicken Pox) ☐ Pneumovax (neumonía) ☐ Influenza (gripa) ☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B ☐ MMR ☐ Meningitis ☐ Zostavax VPH (culebrilla)

Historia de la salud de la mujer:

Número total de embarazos: _____ Número de nacimientos _____ Última menstruación: _____
Edad al comienzo de los períodos (menstruación): _____ Edad al final de los períodos (menopausia): _____

MEDICAMENTOS: Por favor lista (o nos muestran su propio registro impreso) todos los medicamentos de receta y sin receta, vitaminas, Inicio Remedios, pastillas anticonceptivas, hierbas, inhaladores, etc.. Use el dorso de este formulario si usted necesita más habitaciones y sepamos que escribió allí y la dosis del medicamento (por ejemplo, mg/pastilla) ¿Cuántas veces al día?

☐ **NO TOMA NINGUNA MEDICINA**

Alergias o intolerancias a medicamentos (incluyen el tipo de reacción): _____ ☐ **NINGUNA ALERGIA**

PRUEBAS DE DETECCIÓN DE MANTENIMIENTO DE SALUD:

Lípidos (colesterol) fecha: _____ ¿Anormal? ☐ No ☐ Sí Colonoscopia fecha: _____

Solo mujeres:

Fecha de mamografía _____ Fecha de Papanicolaou _____ ¿Anormal? ☐ Si ☐ No

HISTORIAL médico: ¿Tienes ahora (presente) o ha tenido (pasado) cualquiera de las siguientes condiciones? ☐ **NINGUNO**

Condición	Presente	Pasado	Comentarios
Abuso de alcohol / drogas			
Alergia (fiebre del heno)			
Anemia			
Ansiedad			
Artritis (artritis reumatoide)			
Artritis (artrosis)			
Asma			
Vejiga / problemas renales			
Coágulo de sangre (pierna)			
Coágulo de sangre (pulmón)			
Transfusión de sangre			
Bulto en la mama (benigno)			
Mama de cáncer			
Cáncer Colon			
Otro tipo de cáncer			
Cáncer de ovario			
Próstata de cáncer			
Cataratas			
Chicken Pox			
Pólipo de colon			
Enfermedad arteria coronaria			
Depresión			
Diabetes (comienzo adulto)			
Diabetes (inicio de la infancia)			
Diverticulosis			
Enfisema			
Fracturas (huesos rotos)			Donde?
Enfermedad de la vesícula biliar			
Reflujo gastroesofágico (GERD ardor de estómago)			
Glaucoma			

HISTORIAL médico continuó: condición	Presente	Pasado	Comentarios
Gota			
Condiciones ginecológicas (Endometriosis)			
Condiciones ginecológicas (miomas)			
Condiciones ginecológicas (otros)			
Ataque al corazón			
Hepatitis – tipo a			
Hepatitis – tipo b			
Hepatitis: tipo c			
Hepatitis: otros			
Presión arterial alta			
Colesterol alto			
Cadera fractura			
Síndrome del intestino irritable			
Enfermedad renal / falla			
Cálculos renales			
Enfermedad hepática			
Migraña			
Osteoporosis			
Neumonía			
Próstata (ampliación)			
Próstata (nódulos)			
Convulsiones / epilepsia			
Condición de la piel (Eczema)			
Condición de la piel (Psoriasis)			
Condición de la piel (lunares anormales)			
Apnea del sueño			
Úlcera de estómago			
Accidente cerebrovascular			
Tiroides (nódulo)			
Tiroides alta (hiperactiva) / hipertiroidismo			
Baja de la tiroides (ésta) / hipotiroidismo			
Otros (lista)			

HISTORIA quirúrgica – Compruebe cualquier procedimiento o cirugías. Lista de cualquier resultado anormal o complicaciones.

NINGUNO

Historia quirúrgica:	No	Si	Año	Comentarios
Cirugía abdominal				
Apendicectomía (extirpación de apéndice)				
Volver a cirugía (lumbar)				
Biopsia (ubicación)				
Biopsia de seno				Círculo: Derecha izquierda
Cirugía de seno				Círculo: Derecha izquierda
Colonoscopia				
Bypass coronario				
Stent coronario				
EGD (endoscopia de estómago)				
Catarata				
Extirpación de vesícula biliar				Círculo: Laparoscópica
Cirugía de corazón (que no sean de bypass				
Cadera cirugía				Círculo: Derecha Izquierda
Histerectomía (total, incluyendo los ovarios)				Círculo: Laparoscópica Vaginal Abdominal
Histerectomía (ovarios parciales, izquierda)				Círculo: Laparoscópica Vaginal Abdominal

Continuó la historia de cirugía :	No	Si	Año	Comentarios
Cirugía de la rodilla				Círculo: Derecha izquierda
LEEP (cirugía de cuello uterino)				
Cirugía de cuello				
Ligadura de ovario ("tubárica")				
Eliminación de ovario				Círculo: Derecha izquierda
Vasectomía				
Sigmoidscopy				
Cirugía de senos				
Otros (lista)				

Adoptado: ☐ Sí ☐ No (por favor marque uno) si marco que si salte esta sección y continúe en la página 5 (otros problemas de salud)

HISTORIA DE FAMILIA – Que pariente ha tenido las siguientes enfermedades (padres y hermanos son más importantes).

Enfermedades	Madre	Padre	Hermana(s)	Hermano (s)	Mama de tu mama	Papa de tu mama	Mama de tu papa	Papa de tu papa	Otros familiares	Comentarios
Ninguna enfermedad										
Alcoholismo / drogadicción										
Alergias										
Cancer										
Diabetes										
Gastrointestinal										
Enfermedad del corazón										
Hipertensión										
Enfermedad renal										
Enfermedad mental										
Dolores de cabeza de migrañas										
Infartos										
problemas respiratorios										
convulsiones										
Síndrome de derrame cerebral										
Tuberculosis										

OTROS PROBLEMAS DE SALUD:

Uso de tabaco: ¿Fumar cigarrillos: ☐ **Si** ☐ **No** ¿Cuántos años usted fuma? _____

¿Con qué frecuencia? _____ ¿Cuántos paquetes al día fumas? _____ Otro tipo de tabaco: ☐ **pipa cigarro** ☐ **tabaco de masticar**

Ejercicio: ¿Usted hace ejercicio regularmente? ☐ **Si** ☐ **No** ¿Qué tipo de ejercicio? _____

Dieta: ¿Cómo calificaría su dieta? ☐ **Buena** ☐ **Mala** ¿Desea asesoramiento en su dieta? ☐ **No** ☐ **Sí**

Consumo de alcohol

¿Bebes alcohol? ☐ **No** ☐ **Sí** # de bebidas a la semana: _____ ☐ **Cerveza** ☐ **vino licor**

Uso de drogas

¿Usas marihuana o drogas? ☐ **No** ☐ **Sí** ¿Ha usado las agujas para inyectarse drogas? ☐ **No** ☐ **Sí**

Seguridad: ¿Usas casco? ☐ **No** ☐ **Si** Bicicleta: ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Constante uso de cinturón de seguridad? ☐ **Si** ☐ **No** ¿Su casa tiene un detector de humo que funcione? ☐ **Si** ☐ **No**

¿Si tienes armas en su casa, son encerrados? _____

Actividad sexual

Sexualmente activo: ☐ **No** ☐ **Sí** Pareja Sexual (s) es/son/han sido: ☐ **Femenino** ☐ **Masculino**

Método anticonceptivo: _____

Violencia:

¿La violencia en el hogar es una preocupación para usted? ☐ **No** ☐ **Sí**

¿Ha completado una directiva anticipada para la atención de la salud (ADHC), testamento vital o POLST (pedidos de médico para la terapia de sostenimiento de vida)? ☐ **Si** ☐ **No**

HISTORIA SOCIAL:

Ocupación (u ocupación previa): _____ ☐ jubilados ☐ desempleados (marcar una)

Empleador: _____ Años de educación o grado más alto: _____

Estado civil (marcar una): ☐ soltero/a ☐ casado/a ☐ divorciado/a ☐ viuda ☐ otros: _____

Nombre del cónyuge/pareja: _____ número de niños: _____

Edades si menores de 18 años: _____

Número de nietos: _____ Número de bisnietos: _____

¿Quién vive en casa con usted? _____

Actividades de ocio, participación de grupo, religión, viajes de trabajo, reciente de voluntarios:

Gracias por tomarse el tiempo para completar esto

Patient Consent Form for Electronic Exchange of Individual Health Information



HealthHIE Nevada is a non-profit organization dedicated to connecting the healthcare community to share information electronically and securely to improve the quality of healthcare services. To learn more about the Health Information Exchange (HIE), read the Patient Information brochure. You can ask the doctor that gave you this form for it, or go to the website www.healthHIENevada.org.

Details about patient information in HealthHIE Nevada and the consent process:

1. **How your information will be used and who can access it:** When you provide consent, only HealthHIE Nevada participants (such as doctors, hospitals, laboratories, radiology centers, and pharmacies), will have access to your health information. It can only be used to:
 - Provide you with medical treatment and related services.
 - Evaluate and improve the quality of medical care provided to all patients, using de-identified health information.
2. **Types of information included and where it comes from:** The information about you comes from organizations that have provided you with medical care, and are HealthHIE Nevada participants. These may include hospitals, physicians, pharmacies, clinical laboratories, and other healthcare organizations. Your health records may include a history of illnesses or injuries you have had (like diabetes or a broken bone), test results (like X-rays or blood tests), and lists of medications your doctor has prescribed. This may include information created before the date of this Consent Form. This information may relate to sensitive health conditions, including but not limited to:
 - Alcohol or drug use problems
 - HIV/AIDS
 - Birth control and abortion (family planning)
 - Genetic (inherited) diseases or tests
 - Mental health conditions
 - Sexually transmitted diseases
3. **Improper Access or Disclosure of your Information:** Electronic information about you may be disclosed by a participating doctor to others only to the extent permitted by Nevada State Law. If at any time you suspect that someone who should not have seen or received information about you has done so, you should notify your doctor.
4. **Effective Period:** Your consent becomes effective upon signing this form and will remain in effect until the day you revoke it or HealthHIE Nevada ceases to conduct business.
5. **Revoking your consent:** At any time, you may revoke your consent by signing a new consent form and giving it to your doctor. These forms are available at your doctor's office, or by calling 855-484-3443. Changes to your consent status may take 24-48 hours to become active in the system.

Note: Organizations that access your health information through HealthHIE Nevada while your consent is in effect may copy or include your information into their own medical records. Even if you later decide to withdraw your consent, they are not required to return it or remove it from their records.

6. **How your information is protected:** Federal and State laws and regulations protect your medical information. HIPAA, the Healthcare Insurance Portability and Accountability Act of 1996, is the federal law that protects your medical records and limits who can look at and receive your health information, including electronic health information. HIPAA's protections were further strengthened by another federal law, the HITECH Act of 2009, which may impose severe financial fines on anyone who violates your medical privacy rights. All health information made available on the HIE, including your medical information, is encrypted to federal standards and is accessible only as allowed by Nevada State law (NRS 439.590). In addition, your doctor must provide you with a Notice of Privacy Practices, which describes how he or she uses and protects your medical information.

Copy of Form: You are entitled to receive a copy of this Consent Form after you sign it.



Sólo Para Uso Interno: MRN _____

Formulario de Consentimiento del Paciente para el Intercambio Electrónico de Información de Salud Individual

Por favor, lea el formulario de consentimiento y proporcione la siguiente información: (con letra de imprenta)

NOMBRE DEL PACIENTE _____

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

NOMBRE ANTERIOR (S) _____

GÉNERO: M ____ F ____

DOMICILIO / P.O. BOX _____

CIUDAD _____

ESTADO _____

CODIGO POSTAL _____

NÚMERO DE TELÉFONO _____

EMAIL _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

(MM)

(DD)

(AAAA)

Los pacientes de Nevada de Medicaid por favor lean: La ley de Nevada exige que "una persona que es un beneficiario de Medicaid o de seguro en conformidad con el Programa de Seguro Médico para Niños no puede elegir que su información personal identificable de salud sea revelada por vía electrónica" (NRS 439.539). Cuando un paciente ya no es un beneficiario de Medicaid, es responsabilidad del paciente cambiar su elección de consentimiento, si es que decide hacerlo. Por favor firme abajo para indicar que está enterado.

Opciones de Consentimiento: (MARQUE UNA) Los pacientes de Nevada de Medicaid están exentos de hacer una selección.

Su decisión de dar o negar su consentimiento no puede ser base para la negación de servicios de salud.

☐ **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que todos los participantes de HIE accedan a **TODA** mi información electrónica médica (incluyendo información delicada) a fin de proveerme cualquier servicio de atención de la salud, incluida la atención de emergencia.

☐ **CONSIENTO SOLAMENTE EN CASO DE EMERGENCIA** que todos los participantes de HIE accedan a **TODA** mi información electrónica médica (incluyendo información delicada) **SÓLO** en el caso de una emergencia médica.

☐ **NO CONSIENTO** que ninguno de los participantes de HIE accedan a **NINGUNA** de mi información médica electrónica, **INCLUSO** en caso de una emergencia médica.

Firma del representante del paciente o autorizado _____

Fecha

Hora

Si firmo este formulario como representante autorizado del paciente, entiendo que todas las referencias en esta forma de "yo" o "mi" se refieren al paciente.

Nombre del representante autorizado (Impreso) _____

Relación _____

Fecha

Hora

Dirección del representante autorizado que firma este formulario (con letra de imprenta): _____

Número de teléfono del representante autorizado _____

PARA USO INTERNO SOLAMENTE

Nombre de la Organización: _____

Nombre del Testigo: _____

Como testigo de este Consentimiento, doy fe de que conozco al que firma arriba, o que se ha identificado con un documento con foto, tarjeta de seguro, o cualquier otra prueba de identidad generalmente aceptada por el área de salud.