

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

FECHA DE NACIMIENTO

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

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



HealthIE Nevada es una organización sin fines de lucro dedicada a conectar a la comunidad de salud para compartir información de manera segura y de forma electrónica y mejorar la calidad de los servicios médicos. Para obtener más información sobre el Intercambio de Información de la Salud (HIE), lea el folleto de información del Paciente. Usted puede preguntarle al médico que le dio este formulario, o ir a la página web www.healthIENevada.org.

Detalles sobre la información del paciente en HealthIE Nevada y el proceso de consentimiento:

- Cómo se utilizará su información y quién puede acceder a ella.** Cuando usted da su consentimiento, sólo los participantes de HealthIE Nevada (tales como médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología, y farmacias), tendrán acceso a su información médica. Sólo se puede utilizar para:
 - Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica proporcionada a todos los pacientes, usando la información de salud asociada.
- Tipos de información incluida y de dónde viene:** La información sobre usted proviene de organizaciones que le han brindado atención médica, y que son participantes de HealthIE Nevada. Estos pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, y otras organizaciones de salud. Sus registros de salud pueden incluir un historial de enfermedades o lesiones que ha tenido (como la diabetes o un hueso roto), resultados de exámenes (como radiografías o análisis de sangre), y listas de medicamentos que su médico le ha prescrito. Esto puede incluir información creada antes de la fecha de este Formulario de Consentimiento. Esta información puede referirse a alguna condición de carácter delicada de salud, incluyendo, pero no limitado a:
 - Problemas de alcohol o drogas
 - VIH/SIDA
 - Control de natalidad o aborto (planificación familiar)
 - Enfermedades genéticas (hereditarias) y pruebas
 - Condiciones de salud mental
 - Enfermedades de transmisión sexual
- Acceso o divulgación inadecuada de su Información:** La información electrónica sobre usted puede ser revelada por un médico participante a otros sólo en la medida permitida por la Ley del Estado de Nevada. Si en algún momento usted sospecha que alguien que no debería haber visto o recibido información acerca de usted lo ha hecho, debe informárselo a su médico.
- Período de vigencia:** Su consentimiento se hace efectivo al momento de firmar este formulario y se mantendrá en vigor hasta el día en que usted lo revoque o HealthIE Nevada deje de existir como negocio.
- Revocar su consentimiento:** En cualquier momento, usted podrá revocar su consentimiento mediante la firma de un nuevo formulario de consentimiento y entregárselo a su médico. Estos formularios están disponibles en el consultorio de su médico, o llamando al 855-484-3443. Los cambios en el estado de su consentimiento pueden tomar de 24-48 horas para activarse en el sistema.

Nota: Las organizaciones que tienen acceso a su información de salud a través de HealthIE Nevada, mientras su consentimiento esté en efecto, pueden copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Incluso, si posteriormente usted decide retirar su consentimiento, no están obligadas a devolverlos o eliminarlos de sus registros.

- Cómo está protegida su información:** Las Leyes y Reglamentos Federales y Estatales protegen su información médica. HIPAA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996, es la ley federal que protege sus registros médicos y limita quién pueda ver y recibir información sobre su salud, incluida la información electrónica de salud. Las protecciones de HIPAA se reforzaron aún más por otra ley federal, la Ley de Alta Tecnología de 2009, que puede imponer multas financieras severas a cualquiera que viole sus derechos de privacidad médica. Toda la información médica disponible en el HIE, incluyendo su información médica, está encriptada a las normas federales y es accesible sólo según lo permitido por la Ley del Estado de Nevada (NRS 439.590). Además, su médico debe proporcionarle un Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe cómo él o ella usa y protege su información médica.

Copia del Formulario: Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento después de firmarlo.



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.