



0300004

Favor escriba su nombre y el número del registro médico del hospital (si lo sabe)

PLEASE WRITE YOUR NAME AND HOSPITAL MEDICAL RECORD NUMBER (IF KNOWN)

FORMULARIO INICIAL DE INGRESO - ADULTO
INITIAL INTAKE – ADULT

Sus respuestas a este formulario nos serán de mucha utilidad para poder entender mejor sus condiciones y problemas médicos. Si no puede recordar detalles específicos trate de proporcionarnos algo que se aproxime. **Gracias!**

Your answers on this form will help us better understand your medical concerns and conditions. If you cannot remember specific details, please provide your best guess. **Thank you!**

Idioma en el que prefiere hablar: Inglés Español Otro _____
Language you use the most: English Spanish Other

Cuenta con una directiva médica anticipada? (documento en donde se nombra a una persona para tomar las decisiones médicas en caso de que usted esté incapacitado)

Do you have an advance medical directive? (document which names a person to make medical decisions for you if you are unable)

Si – Por favor proporciónenos una copia para que podamos ponerla en su expediente médico.
Yes – Please provide a copy so we can put it into the Medical Record.

No – Le gustaría recibir información o ayuda? No Si – Consulte el folleto #PE18044
No – Would you like information or assistance? No Yes – See handout #PE 18044

¿Tiene creencias espirituales, culturales o prácticas importantes con respecto a las decisiones sobre su atención médica? No Si . Favor de describirlas _____

Do you have religious, spiritual or cultural beliefs or practices important to your health care decisions? No Yes – Please describe:

LISTA SOBRE ALERGIAS: Favor de enumerar cualquier alergia o problemas que tenga con: medicamentos, comida, mariscos, latex (globos de latex), cinta adhesiva, etc., y qué le sucede cuando los toma.

ALLERGY LIST: Please list any allergies or problems you have with: medicines, food, shellfish, latex NINGUNA ALERGIA
(balloons, rubber), tape, etc. and what happens to you when you take or use them. NO ALLERGIES

CÓMO REACCIONA A LA ALERGIA; QUÉ SUCEDE (Reacción a la alergia)	ALLERGY TO; REACTION/WHAT HAPPENS (REACTION TO ALLERGY?)

LISTA DE MEDICAMENTOS: Favor de enumerar todos los medicamentos que está tomando ahora. Incluya aquéllos que no necesitan receta médica como: vitaminas, suplementos alimenticios, plantas medicinales, gotas para los ojos, parches, etc.

MEDICATION LIST: Please list all medicines you take now. Include those without a prescription: over-the-counter, vitamins, supplements, herbals, eye-drops, patches, etc.

Nombre de su farmacia y en donde se encuentra _____
Name of your Pharmacy Location

Para volver a surtir su medicamento prefiere: 30 días 90 días NO TOMA MEDICAMENTOS
Medicine refills – Prefer 30 days 90 days NO MEDICINES

NOMBRE DEL MEDICAMENTO / (DOSIS) / (FRECUENCIA) / (VÍA) / COMENTARIOS	MEDICINE NAME / HOW MUCH (DOSE) / HOW OFTEN (FREQUENCY) / HOW DO YOU TAKE IT? (ROUTE) / COMMENTS

HISTORIAL MÉDICO
MEDICAL HISTORY

NINGUNO
NONE

Favor de indicar cualquier condición física o mental (o problemas) que tenga en esta fecha o que haya tenido.
Please check any physical or mental health conditions (or problems) you have now or have ever had.

Si lo sabe agregue el año en que se inició. Favor de añadir cualquier otra condición que no esté en la lista.
Add the year it started, if known. Please add any other conditions if not listed.

✓ Fecha DATE	Condición CONDITION	✓ Fecha DATE	Condición CONDITION	✓ Fecha DATE	Condición CONDITION
	Asma Asthma		Acidez, Reflujo Gastroesofágico Heartburn, GERD or Reflux		Dolor de reflujo todo el tiempo (Crónico) Pain all the time (Chronic)
	Pérdida de sangre (excesiva o sencilla) Bleeding (excessive or easy)		Enfermedad del Corazón Heart Disease		apnea del sueño Sleep Apnea
	Cáncer Cancer		Hepatitis C Hepatitis C		Hemorragia cerebral Stroke
	EPOC(enfermedad pulmonar obstructiva crónica) COPD (lung disease-chronic)		VIDH/SIDA HIV/AIDS		Diálisis Renal Kidney Dialysis
	Depresión Depression		Hipertensión (presión arterial alta) Hypertension (high blood pressure)		Enfermedad Neuromuscular Neuromuscular Disease
	Diabetes Diabetes		Epilepsia o convulsiones Epilepsy or seizures		

¿Ha tenido lesiones serias o accidentes o estancia en el hospital? Favor de indicar fechas si se saben
Have you had any serious injuries or accidents or hospital stays? Please list with the date, if known.

FECHA	DESCRIPCIÓN	DATE	DESCRIPTION

HISTORIAL QUIRÚRGICO (Y PROCEDIMIENTOS)
SURGICAL HISTORY (AND PROCEDURES)

NINGUNO
NONE

¿Tiene implantes metálicos o de plástico? Si Válvulas Barras Clavos Derivación Fístula
Do you have any metal or plastic implants? Yes valves rods pins shunt fistula
 Marcapasos u otro dispositivo para el corazón Stent cardíaco
pacemaker or other heart device cardiac stent

¿Ha tenido trasplante de algún órgano o tejido?
Have you had an organ or tissue transplant?

<input type="checkbox"/> SI	¿QUE ÓRGANO O TEJIDO?	WHAT ORGAN/TISSUE?

¿Ha tenido alguna vez un electrocardiograma anormal Radiografía anormal? Problemas por la anestesia transfusión de sangre
Have you ever had abnormal EKG abnormal Chest X-Ray problems with anesthesia blood transfusion

Favor de enumerar alguna cirugía o procedimiento que haya tenido. Agregue la fecha si la sabe
Please list any surgeries or procedures you have had. Add the date if you know it.

FECHA	DE LA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO	DATE	SURGERY OR PROCEDURE

HISTORIA FAMILIAR
FAMILY HISTORY

NINGUNA
NONE

Favor de enumerar a aquéllos familiares que tienen o han tenido lo siguiente:
Please list those in your family who have or have had the following:

Parentesco Relationship	Nombre Name	Estado Status		Cáncer Cancer	Depresión Depression	Diabetes Diabetes	Ataque del Corazón (anote la edad) Heart Attack (note age)	Enfermedad del Corazón Heart Disease	Presión Arterial Alta High Blood Pressure	Colesterol Alto High Cholesterol	Enfermedad de los Riñones Kidney Disease	Problemas con la Anestesia Problems with Anesthesia	Detalles Details	Details
		Si Yes	No No											
Madre Mother														
Padre Father														
Hermana Sister														
Hermano Brother														



0300004

Favor escriba su nombre y el número del registro médico del hospital (si lo sabe)

PLEASE WRITE YOUR NAME AND HOSPITAL MEDICAL RECORD NUMBER (IF KNOWN)

HISTORIA PERSONAL/SOCIAL
(SOCIAL / PERSONAL HISTORY)

¿Es usted activo sexualmente? Si No Ahora no – Parejas Femenina Masculina
Are you sexually active? Yes No Not Currently – Partners Female Male

Control de natalidad / Protección que usa: Ninguno/Abstinencia Coito interrumpido Condón Inyección Píldoras
Birth Control / Protection used: None / Abstinence Pull Out Condom Injection Pills

Parche Insertovaginal/Tipo: _____ Ritmo Espermicida Quirúrgico Otro: _____
Patch Insert / implant Type: Rhythm Spermicide Surgical Other:

Si es mujer: Fecha de su última menstruación _____ ¿Está Embarazada? Si No Amamantando Si No
If female: Date of last menstrual period: Pregnant Yes No Breastfeeding Yes No

Fuma? Si Nunca Dejó de fumar Fecha en que dejó _____ Masca tabaco/rapé
Do you use tobacco? Yes Never Quit Quit Date: Chew/Snuff

Pasivo (vive con un fumador) – Nombre/Parentesco _____
Passive (Live with a smoker) – Name/Relationship:

Si así es – cuántas cajetillas al día? menos de 1 más de 1 Otra cantidad _____
If yes – how many packs per day? less than 1 greater than 1 Other:

¿Por cuántos años? () menos de 1 1-5 6-10 más de 10
For how many years? less than 1 1-5 6-10 more than 10

¿Toma bebidas alcohólicas? No Dejó de hacerlo (fecha) _____
Do you drink alcohol? No Quit (date):

Si – Cuántas por semana: _____ copas de vino, _____ latas de cerveza, _____ “tragos” o cocteles
Yes – Drinks per week: Glasses of wine Cans of Beer “Shots” or mixed drinks

¿Emplea drogas? No
Do you use drugs? No

Si – cuántas veces por semana: _____ Tipos: Marihuana Meta-anfetaminas Cocaína Vía intravenosa
Yes – Times per week: Types: Marijuana Methamphetamines Cocaine IV

Otras _____
Other:

Le gustaría información acerca de dejar de hacerlo? Si No
Would you like information about quitting? Yes No

Tiene alguna dieta especial: No Si Describa cuál: _____
Are you on special diet: No Yes Describe:

¿Ha bajado más de 10 libras de peso en los últimos seis meses? Si No
Have you lost more than 10 pounds in the last 6 months? Yes No

¿Se pueden escuchar sus ronquidos a través de una puerta? Si No
Do you snore loudly enough to be heard through a door? Yes No

¿Hace ejercicio con regularidad? Si No; Si lo hace, ¿cuántas veces por semana? _____ Durante cuánto tiempo? _____
Do you exercise regularly? Yes No If yes, How many times per week? For how long?

¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos en el último año? Si No; si así ha sido, a dónde? _____
Have you traveled outside the United States within last year? Yes No If yes, where?

¿Le ayuda alguna persona o personas o utiliza equipo para sus actividades diarias (para bañarse, vestirse, etc.)?
Do you use help from a person(s) or equipment for everyday activities (bathing, dressing, etc.)?

Si No Explique: _____
Yes No Explain:

Usa: Lentes Lentes de contacto Aparato para la sordera Dentadura postiza Bastón Caminadora
Do you use: Glasses Contact lenses Hearing aids False teeth Cane Walker

Silla de ruedas
Wheel chair

Vive: Solo Con otros En un asilo – nombre Otro lugar _____
Do you live: Alone With others In a facility – name Other:

Es usted cuidadora de: Niños Padres Esposo Alguien más _____
Are you a caregiver for: Children Parents Spouse Other:

¿Se ha caído en los últimos tres meses? Si No
Have you fallen in the last 3 months? Yes No

Se siente seguro en su casa Si No
Do you feel safe at home? Yes No

NOTAS:

NOTES:

Favor de leer cada sección y encuentre la respuesta que corresponda a la cantidad de actividad que usted puede hacer -

Please read each section and match the answer to the amount of activity you are able to do -

<p>Sin parar puede usted: <i>Without stopping can you:</i></p> <p>Subir hasta tres pisos o caminar varias calles <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>walk up 3 flights of steps or walk several blocks?</i> Yes No</p> <p>¿Subir más de un piso o caminar dos calles? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>walk up more than 1 flight of steps or 2 blocks?</i> Yes No</p> <p>Subir un piso o menos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>walk up one flight of steps or less.</i> Yes No</p> <p>¿Le hace falta la respiración o tiene dolor de pecho cuando está acostado en la cama? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Do you get short of breath or have chest pain when lying in bed?</i> Yes No</p>	<p>CATEGORÍAS NYHA NYHA CATEGORIES</p> <p>Síntomas – falta de respiración, angina <i>Symptoms = shortness of breath, angina</i></p> <p>Clase 1 – Ausencia de síntomas y no hay limitación en la actividad física ordinaria <i>Class 1 – No symptoms and no limitation in ordinary physical activity.</i></p> <p>Clase 2 – Síntomas y limitación leves en la actividad física ordinaria <i>Class 2 – Mild symptoms and slight limitation during ordinary activity.</i></p> <p>Clase 3 – Marcada limitación en la actividad física debido a los síntomas <i>Class 3 – Marked limitation in activity due to symptoms.</i></p> <p>Clase 4 – Severas limitaciones. Tiene síntomas aún mientras descansa <i>Class 4 – Severe limitations. Experiences symptoms even while at rest.</i></p>
--	---

¿Por qué necesita dejar de caminar? (marque las que apliquen)

Why do you need to stop walking? (Check all that apply)

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> No aplica
<i>Not applicable</i> | <input type="checkbox"/> Sobre peso
<i>Overweight</i> | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho/presión
<i>Chest pain/pressure</i> | <input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones/espalda
<i>Joint / back pain</i> |
| <input type="checkbox"/> Calambres musculares
<i>Muscle cramps</i> | <input type="checkbox"/> Debilidad, cansancio, mareo
<i>Weak, tired, dizzy</i> | <input type="checkbox"/> Falta de respiración
<i>Short of breath</i> | |

ACTIVIDADES PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD (BASADOS EN LA EDAD)
HEALTH MAINTENANCE ACTIVITIES (BASED ON AGE).

Favor de marcar si ha tenido los siguientes exámenes o inmunizaciones (vacunas/inyección) y la fecha (si la recuerda)
Please check if you have had the following tests or immunizations (vaccination/shot) and the date (if known).

✓	Fecha Date	Examen Test	Normal Normal	Anormal Abnormal	✓	Fecha Date	de la inmunización Immunization
		Colesterol (Lípidos) <i>Cholesterol (Lipids)</i>					Gripa (Influenza) <i>Flu (Influenza)</i>
		Sigmoidoscopia <i>Sigmoidoscopy</i>					Neumonía <i>Pneumonia</i>
		Colonoscopia <i>Colonoscopy</i>					Tétano <i>Tetanus</i>
		Si es hombre: Antígeno Prostático Específico (PSA por su nombre en inglés) <i>If Male: PSA</i>					Hepatitis B <i>Hepatitis B</i>
		Si es mujer: Mamografía <i>If Female: Mammogram</i>					
		Prueba de Papanicolaou <i>Pap Smear</i>					
		Densitometría <i>Dexascan</i>					

Completado por _____ fecha _____
Completed by NOMBRE/FIRMA (NAME/SIGNATURE) Date

Estuvo presente un/a intérprete _____ Teléfono Cyracom # _____
Interpreter present NOMBRE/FIRMA (NAME/SIGNATURE) Cyracom phone ID #

Revisado por _____ Ingresado en el Registro Médico Electrónico (EMR) Fecha _____
Reviewed by NOMBRE/FIRMA (NAME/SIGNATURE) Entered into EMR Date