



FORMULARIO DE ADMISIÓN DE NUEVO PACIENTES

POR FAVOR INDIQUE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN, TENGA EN CUENTA QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE SE MANTENDRÁ EN ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD Y NO SE DIVULGARÁ A OTROS SIN SU AUTORIZACIÓN:

Fecha de hoy: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____

DOB: _____ Número de seguro social: _____

Edad: _____ Sexo: M F

ETNIA: Caucásico _____ Afroamericano _____ Asiático _____ Hispano _____ Otro _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____

Teléfono: (____) _____ Correo electrónico: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Casado/a _____ Soltero/a _____ Divorciado/a _____ Viudo/a _____ Comprometido/a _____

Nombre de cónyuge _____ Teléfono: _____

Persona contacto en caso de emergencia _____ Proveedor de atención primaria: _____

Teléfono: _____ Parentesco: _____

Compañía de seguros: _____ Subscritor/Responsable: _____

Número de grupo: _____ Identificación de membresía: _____

Cobertura secundaria: _____



QUEJA(S) ACTUAL(ES)

MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS Y RELLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO CUANDO CORRESPONDA.

En el espacio de abajo, por favor describa la(s) queja(s) actual(es) que lo llevaron a OneCare Health- Advanced Practice Health & Wellness, LLC para recibir atención. Después de completar esta primera sección, por favor complete el cuestionario en la página siguiente. La información que usted proporciona con respecto a los síntomas pasados y presentes, y las enfermedades ayuda a su proveedor en la obtención de una comprensión temprana de su estado de salud.

¿Cuál es su razón más importante para hacer esta cita con OneCare Health- Advanced Practice Health & Wellness, LLC? _____

¿ACUDIÓ AL HOSPITAL O A URGENCIAS POR ESTA DOLENCIA? NO. SÍ. En caso de seleccionar “NO”, salte la siguiente sección, de seleccionar “SI”, por favor indique la información a continuación:

Nombre del centro de atención _____

Ubicación: _____

Acudió al hospital en: Ambulancia Vehículo particular Otro: _____

¿Se tomaron radiografías/imágenes? No Sí, En caso afirmativo, ¿de qué región o regiones del cuerpo?

¿Cuál fue su diagnóstico? _____

¿Qué tratamiento recibió? _____

¿Le recomendaron seguir algún tratamiento? No Sí,

En caso afirmativo, ¿Cuál fue? _____

¿Cuándo comenzó su problema principal (una fecha específica si es posible)? _____

Describa brevemente cómo empezó su problema:

¿Qué hace que su problema DISMINUYA?

Acostado Sentado De pie Caminar Movimiento/ejercicio Inactividad Nada

Calor Frio Otro _____

¿Que hace que su problema EMPEORE?

Acostado Sentado De pie Caminar Movimiento/ejercicio Inactividad Nada



Calor Frio Otro _____

¿Con qué frecuencia se presentan las quejas?

Constantes (76-100%) Frecuentes (51 – 75%) Ocasional (26-50%) Intermittente (25% o menos)

Desde que comenzó su problema el dolor ha: Aumentado Disminuido No ha cambiado ¿Qué tratamiento ha recibido para esta condición actual?

Sin tratamiento (profesional o auto-tratamiento. Medicación(es) (con receta y sin ella): _____

Fisioterapia Quiropráctica Acupuntura Inyecciones Cirugía Otro: _____

¿Dónde y cuándo recibió atención sanitaria por última vez? _____

Enumere las hospitalizaciones y cirugías a las que se ha sometido:

Indique cualquier traumatismo grave que haya sufrido, como un accidente o una caída:

Enumere los alimentos, fármacos u otras sustancias a las que tiene reacciones alérgicas, anafilácticas u otras reacciones adversas. (Especifique si algo le ha provocado una reacción anafiláctica):

Enumere todas las vitaminas, minerales, aminoácidos, complementos alimenticios y hierbas que esté tomando actualmente: Enumere todos los medicamentos, con o sin receta, que esté tomando actualmente:

¿Ha tenido alguna vez una reacción adversa a una inmunización? Sí [] No [] En caso afirmativo, ¿a cuál inmunización?: _____

¿Ha tenido alguna reacción adversa a algún medicamento o droga recreativa? Sí [] No []

En caso afirmativo, ¿a cuál?: _____

¿Ha estado alguna vez expuesto a: El virus del SIDA (VIH), la tuberculosis (TB), el virus de la hepatitis (A, B o C)? Sí [] No []

¿Tiene alguna preocupación sobre el SIDA, la tuberculosis o la hepatitis que le gustaría comentar? Sí [] No []

¿Cómo se enteró de nuestra existencia? _____



Historial médico familiar: Hasta donde usted sabe, ¿su madre, padre, hermanos o abuelos han tenido alguna de las siguientes enfermedades? Adoptado/no sabe

- Colesterol alto Ansiedad/ataques de pánico Artritis
 Colitis ulcerosa Alcoholismo Obesidad Osteoporosis
 Eczema Accidente cerebrovascular Enfermedad autoinmune Cáncer Enfermedad mental Alergias
 Enfermedad renal Depresión Alzheimer Diabetes Enfermedad tiroidea Asma Enfermedad cardíaca/hipertensión Enfermedad de Crohn
 Otra enfermedad grave (por favor, indíquela aquí): _____

¿Cómo calificaría su nivel de estrés general?

- Sin estrés Con estrés mínimo Con estrés moderado Con mucho estrés

Actividad física en el trabajo:

- Estar sentado más del 50% de la jornada laboral Trabajo manual ligero Trabajo manual moderado Trabajo manual pesado.

Actividad física general

- Ningún programa de ejercicio regular Programa de ejercicio ligero Programa de ejercicio extenuante

SI TIENE DOLOR ACTUALMENTE, POR FAVOR COMPLETE LA SECCIÓN DE ABAJO. SI NO TIENE DOLOR ACTUALMENTE, PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE.

TENGO DOLOR ACTUALMENTE Si No

Por favor, localice y marque la calidad de su dolor en los esquemas corporales proporcionados.

Por favor, utilice las letras de código que se indican a continuación:

A = Dolor B = Ardor N = Adormecimiento P = Pinchazos y agujas S = Pinchazos X = Otros

Por favor, marque su nivel de dolor a continuación:

Sin dolor -----Dolor agudo

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (encierre en círculo)

¿Qué porcentaje de tiempo está su dolor en este nivel? _____%



REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

*Por favor, marque todos los síntomas que ha experimentado en los últimos **6 MESES**. Si su proveedor de atención médica ya conoce alguna de las afecciones indicadas a continuación/y o la afección es el motivo de la visita de hoy, OK, dejar en blanco.*

Constitucional/General

- Fiebre
- Escalofríos
- Sudoración intensa/sudoración nocturna
- Pérdida del apetito
- Alteraciones del sueño
- Pérdida de peso/ganancia inexplicable
- Otros: _____

Cardiovascular

- Hinchazón de pies, tobillos o piernas Irregular
- Latidos irregulares
- Ataque al corazón
- Insuficiencia cardíaca
- Palpitaciones
- Venas varicosas
- Otros: _____

Genitourinario

- Dolor al orinar
- Frecuencia urinaria
- Pérdida de control urinario
- Agrandamiento de la próstata
- Dificultad para orinar

Ojos

- Visión borrosa
- Doble visión
- Usar gafas
- Otros: _____

Piel

- Erupción cutánea
- Picazón
- Decoloración de la piel
- Bultos o masas
- Otros: _____

Gastrointestinal

- Dolor abdominal
- Náuseas/Vómitos
- Indigestión o acidez de estómago
- Sangre en las heces
- Cambio en los hábitos intestinales
- Sangrado rectal
- Diarrea
- Estreñimiento
- Dificultades para tragar
- Otros: _____

Oído/Nariz/Garganta

- Dolor de garganta
- Llagas en la boca
- Congestión nasal/problemas de sinusitis
- Pérdida de audición
- Otros: _____

Neurológico

- Temblores
- Mareos
- Entumecimiento
- Dolor de cabeza
- Caminar inestable
- Debilidad
- Convulsiones
- Otros: _____

Psicológico

- Depresión
- Ansiedad
- Otros: _____

Musculoesquelético

- Dolor en las articulaciones
- Inflamación en las articulaciones
- Dolor de espalda
- Limitación del movimiento
- Dolor de cuello
- Dolor al caminar
- Otros: _____

Respiratoria

- Tos
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Sibancias
- Infecciones respiratorias superiores recurrentes
- Dificultad para respirar
- Otros: _____

Hematológico/linfático

- Glándulas inflamadas
- Problemas de coagulación de la sangre
- Moretones
- Tendencia al sangrado
- Otros: _____

Endocrino

- Sed intensa o ingesta de líquidos
- Intolerancia a las temperaturas
- Sensación de cansancio (Fatiga)
- Sofocos
- Otros: _____