

ANTECEDENTES MÉDICOS DE ADULTO

TODA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL- FAVOR DE LLENAR TODOS LOS ESPACIOS DE ESTA HOJA

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ - _____ - _____
mes día año

| PADECIMIENTOS ACTUALES | MEDICAMENTOS | ALERGIAS A: |
|------------------------|--------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| HOSPITALIZACIONES (recientes) | FECHA | CIRUGÍAS | FECHA |
|--------------------------------|-------|----------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

FECHAS RECIENTES DE: (MES Y AÑO)

- | | |
|--|------------------------------------|
| a) Vacuna contra el tétano _____ | d) Mamografía _____ |
| b) Exploración física _____ | e) Vacuna contra la neumonía _____ |
| c) Prueba de <i>Papanicolaou</i> _____ | |

ANTECEDENTES FAMILIARES: Marque la(s) enfermedad(s) que afecta(n) a su familia e indique qué familiar(s) la(s) padece(n)

| | | |
|--|---|--|
| <p>a. Diabetes <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Familiars afectados _____</p> | <p>b. Hipertensión <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Familiars afectados _____</p> | <p>c. Derrame cerebral <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Familiars afectados _____</p> |
| <p>d. Cáncer De seno <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Del colon <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no De próstata <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Otro tipo <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Familiars afectados _____</p> | <p>e. Padecimientos cardiacos <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Familiars afectados _____</p> | <p>f. Tuberculosis <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Familiars afectados _____</p> |
| <p>g. Padecimientos mentales/emocionales <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Familiars afectados _____</p> | <p>h. Alcoholismo <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Familiars afectados _____</p> | <p>I. Padecimientos pulmonares <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Familiars afectados _____</p> |

ANTECEDENTES SOCIALES:

| | | |
|--|---|--|
| Fuma cigarrillos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ cajetillas por día | Consume alcohol <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ tragos por día | Es sexualmente activo(a) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|--|---|--|

SÓLO PARA HOMBRES

¿Ha tenido padecimientos de la próstata? **NO** **SÍ**

SÓLO PARA MUJERES

Edad en que su período menstrual se presentó _____
 Fecha de su último período menstrual _____
 ¿Alguna vez usted ha :

- | | | |
|--|--------------------------|--|
| Estado embarazada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> # de veces _____ |
| Sufrido un aborto involuntario? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> # de veces _____ |
| Abortado voluntariamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> # de veces _____ |
| Padecido complicaciones del embarazo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> especifique _____ |
| Utilizado métodos de control natal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿de qué tipo? _____ |
| Realizado el autoexamen mensual de seno? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿TIENE UN TESTAMENTO EN VIDA?
 (Declaración del deseo de una muerte natural)

THIS SIDE IS TO BE COMPLETED BY CLINICAL OR PROVIDER STAFF

ESTE LADO DE LA HOJA SERÁ LLENADO POR EL PERSONAL DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS O DE LA CLÍNICA

PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT

Emotional Status: Anxious Sad Confident
Marital Status: Married Widowed Divorced/Separated Single
Occupation: Retired Employed Unemployed Disabled
Lives With: Self Spouse Family Nursing Home
 Other Name: _____
Activities of daily living performed by: Self Family w/Assistant _____
Activity Level: Can walk alone Wheelchair Cane Walker Bed rest
Current Use of Medical Equipment in the Home: Yes No List _____

| CURRENT FUNCTIONAL ABILITY | SELF | ASSISTED BY |
|----------------------------|------|-------------|
| Bathing, Dressing, Eating | | |
| Dressing | | |
| Toileting | | |
| Driving | | |
| Managing Medicine | | |
| Cooking/Housework | | |
| Walking | | |

NUTRITION ASSESSMENT

Time for Breakfast _____
Lunch _____
Supper _____
Food intolerances _____
Unplanned Weight Loss (with in last month) Yes how much? _____ No
50% Reduction of food intake for 5-7 days Yes No
Difficulty Chewing/Swallowing Yes No
Do you have/need dentures Yes No
Nausea/Vomiting Yes No
Diarrhea/Constipation Yes No

EDUCATIONAL ASSESSMENT

Education (years of formal education completed) _____
Any difficulty talking or speaking Yes _____ No
Physical Disability/Impairments Yes _____ No
Language: English Other _____ Interpreter _____ No
Emotional Barriers: (i.e. fear, anxiety) Yes _____ No
Can You Read? Yes No
Motivated to learn/Readiness Level Yes No
Culture/Religious practices which may impact learning: Yes No
Other: _____
Learner learns best by: Verbal Instruction Audiovisual Instruction Written Instruction All

PERCEIVED EDUCATIONAL NEEDS: Do you or your family need information on the following?

Diagnosis/Illness Medications Diet Activity Equipment Home Care Community Resource

REVIEWED BY: _____

DATE COMPLETED: _____