



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**I. HISTORIA MEDICA (marque la linea apropiada)**

	No	Sí		No	Sí
1. Ataque cardiaco	___	___	12. Artritis reumatoíde	___	___
2. Problemas cardiacos	___	___	13. Artritis degenerativa	___	___
3. Alta presión	___	___	14. Gota	___	___
4. Enfermedad de Parkinson	___	___	15. Fibromialgia	___	___
5. Anemia	___	___	16. Convulsiones	___	___
6. Asthma	___	___	17. Osteoporosis	___	___
7. Emfisema	___	___	18. Nefropatía	___	___
8. Tuberculosis	___	___	19. Cáncer	___	___
9. Depresión	___	___	20. Desorden digestivo	___	___
10. Diabetes	___	___	21. Problemas de colon o vejiga	___	___
11. Esclerosis Múltiple	___	___	22. Embarazada	___	___

23. Otras enfermedades diagnosticados por un médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**I. Procedimientos/Cirugías/Hospitalizaciones (Incluye fechas si es posible)**

_____	_____
_____	_____
_____	_____

**II. MEDICAMENTOS ACTUALES:**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**III. ALERGIAS**

\_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## IV. PREGUNTAS RELACIONADAS A SU SEGURIDAD

1. Alguien no le permite obtener cuidado de salud?  Sí  No
2. Alguien está usando tu dinero, comida, o hogar en contra de sus deseos?  Sí  No
3. Alguna relación le causa temor emocional o daño físico?  Sí  No
4. Tienes pensamientos acerca de hacerte daño a ti mismo o a los demás?  Sí  No
5. Has tenido caídas recientes (los últimos 1-2 meses)?  Sí  No

## V. OTRO: Hay otra información que deberíamos saber?

---

---

**Gracias!**

\*\*\*\*\*SOLO PARA PERSONAL\*\*\*\*\*

- Any need for interpreter or use of interpreter line?  Yes  No \_\_\_\_\_
- Any barriers to learning identified (reading, writing, comprehension)?  Yes  No \_\_\_\_\_
- Reviewed insurance parameters with patient?  Yes  No \_\_\_\_\_

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_