

ENGLEWOOD HEALTH

PHYSICIAN NETWORK

Cardiovascular Consultants of New Jersey

Fecha De Hoy: ____/____/____ Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Ocupación: _____

¿Tiene usted un testament vital? _____ En caso afirmativo, ¿se puede proporcionar una copia? _____

¿Quién es su representante de atención médica? _____

HISTORIA SOCIAL DEL PACIENTE: ¿Cuál es su ingesta diaria aproximada de lo siguiente:

Tazas de café/té _____ Alcohol _____ Tabaco _____

Ha fumado en el pasado? _____

Hospitalizaciones/ cirugías/ enfermedades graves

previas: _____

Lista actual de medicamentos (los de venta libre y las vitaminas, etc)

Medicación	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Historia Medica Familiar

¿Existen antecedentes familiares de enfermedad cardiaca, presión arterial alta, colesterol alto,

diabetes o otra enfermedad grave? **Si** **No**

Edad	Enfermedades	Si falleció, causa de muerte
Padre _____	_____	_____
Madre _____	_____	_____
Hermanos _____	_____	_____
Niños _____	_____	_____
Otros _____	_____	_____

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Documente la fecha de la última realización y los resultados, si corresponde, de lo siguiente:

Examen	Fecha	Resultado/Comentarios
Papanicolaou/pélvico (solo mujeres)	_____	¿Normal o anormal?
Mamografía	_____	¿Normal o anormal?
Colonoscopia	_____	¿Normal o anormal?
Evaluación colorrectal	_____	¿Normal o anormal?
DEXA/Exploración de densidad ósea	_____	¿Normal o anormal?
PSA (solo hombres)	_____	¿Normal o anormal?
¿Caídas recientes?	Sí / No	Detalles: _____
¿Hospitalizado por caídas?	Sí / No	Detalles: _____

Sección de Evaluación de Necesidades Sociales (SDOH)

Estabilidad de vivienda: Marque una opción

“¿Cuál es su situación de vivienda hoy?”

() Tengo un lugar estable donde vivir () No tengo un lugar estable donde vivir () Me preocupa que pueda perder mi Vivienda

Seguridad alimentaria: Marque una opción

“Durante los últimos 12 meses, ¿le preocupó que se acabaran sus alimentos antes de tener dinero para comprar más?” (Frecuentemente cierto / A veces cierto / Nunca cierto)

Transporte: Marque una opción

“¿La falta de transporte le ha impedido asistir a citas médicas, reuniones, trabajo o conseguir cosas necesarias para la vida diaria?” (Sí / No)

Dificultades financieras / Servicios públicos: Marque una opción

“En los últimos 12 meses, ¿ha sido difícil pagar necesidades básicas como alimentos, vivienda o calefacción?” (Sí / No)

Seguridad y apoyo: Marque una opción

“¿Se siente física y emocionalmente seguro(a) en el lugar donde vive actualmente?”
(Sí / No)

“¿Tiene a alguien en quien pueda confiar para recibir ayuda cuando la necesite?”
(Sí / No)

Acceso a la atención médica: Marque una opción

“¿Ha podido obtener atención médica o de salud cuando la ha necesitado?”
(Sí/No)

Alfabetización en salud: Marque una opción

“¿Necesita ayuda para leer o comprender su información médica?” (Sí/No)

Cardiovascular Consultants of New Jersey

Historial de salud

Pagina 1 de 2

Fecha de Hoy: ____/____/____ Nombre de Paciente: _____ Edad _____

Alergias:

¿Es usted alérgico a mariscos, colorantes intravenosos, yodo o medicamentos Si No

En caso incluir a continuación:

REVISION DE SISTEMAS: Indique a continuacion cualquier antecedente personal:

	Ahora	Pasado	Nunca		Ahora	Pasado	Nunca
Cardiovascular				Hematológico/Linfático/Cáncer			
Dificultad para respirar	☐	☐	☐	Glándulas agrandadas	☐	☐	☐
Colesterol/grasas altas	☐	☐	☐	Moretones excesivos	☐	☐	☐
Dolor o presión en el pecho	☐	☐	☐	Sangrado anormal	☐	☐	☐
Hipertensión	☐	☐	☐	Anemia	☐	☐	☐
Infarto de miocardio	☐	☐	☐	Constitucional/General			
Soplo cardíaco	☐	☐	☐	10lbs de aumento o perdida en el último ano	☐	☐	☐
Prolapso de la válvula mitral	☐	☐	☐	Fiebre en el último mes	☐	☐	☐
Desmayo/ultima conciencia	☐	☐	☐	Escalofríos o sudores	☐	☐	☐
Hinchazón de pies	☐	☐	☐	Neurologico			
Hinchazón de abdomen	☐	☐	☐	Dolores de cabeza frecuentes	☐	☐	☐
Palpitaciones	☐	☐	☐	Mareo	☐	☐	☐
¿Haces ejercicio?	☐	☐	☐	Convulsiones o dificultad para hablar	☐	☐	☐
Dieta especial	☐	☐	☐	Psiquiátrico			
Enfermedad valvular/reemplazo valvular	☐	☐	☐	Ansiedad	☐	☐	☐
Diabetes	☐	☐	☐	Perdida de memoria	☐	☐	☐
Fiebre reumática	☐	☐	☐	Depresión	☐	☐	☐
Gastrointestinal				Enfermedad mental	☐	☐	☐
Acidez	☐	☐	☐	Ojos/Oídos/Nariz/Boca/Garganta			
Indigestión	☐	☐	☐	Visión borrosa o doble	☐	☐	☐
Nauseas	☐	☐	☐	Cataratas o glaucoma	☐	☐	☐
Dolor abdominal	☐	☐	☐	Perdida de audición	☐	☐	☐
Úlceras	☐	☐	☐	Dolor de garganta/ronquera	☐	☐	☐
Hepatitis	☐	☐	☐	Problemas sinusales	☐	☐	☐
Sangre en las heces	☐	☐	☐	Sangrados nasales	☐	☐	☐
Heces oscuras, alquitranadas o negras	☐	☐	☐	Respiratorio			
Transfusión de sangre	☐	☐	☐	Sibilancias o asma	☐	☐	☐
				Tos persistente	☐	☐	☐

Cardiovascular Consultants of New Jersey

Historial de salud

Pagina 2 de 2

Fecha de Hoy: ____/____/____ Nombre de Paciente: _____ Edad _____

REVISION DE SISTEMAS: Indique a continuación cualquier antecedente personal:

	Ahora	Pasado	Nunca		Ahora	Pasado	Nunca
Musculoesquelético				Piel			
Dolor/rigidez/hinchazón en las articulaciones	☐	☐	☐	Erupciones cutáneas	☐	☐	☐
Dolor de espalda	☐	☐	☐	Endocrino			
Debilidad muscular	☐	☐	☐	Sed/micción excesiva	☐	☐	☐
Osteoporosis	☐	☐	☐	Diabetes	☐	☐	☐
Genitourinario				Enfermedad de la tiroides	☐	☐	☐
Frecuencia de micción	☐	☐	☐				
Dolor ardiente al orinar	☐	☐	☐				
Orina con sangre	☐	☐	☐				
Infecciones del tracto urinario	☐	☐	☐				
Cálculos o problemas renales	☐	☐	☐				

Hasta donde yo sé, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Es mi responsabilidad informar al consultorio del médico sobre cambio en mi estado de salud. También autorizo al personal de atención médica a realizar los servicios necesarios que pueda necesitar.

Firma de paciente o tutor _____ Fecha _____

Firma de doctor _____ Fecha _____