

HISTORIAL INICIAL Y FÍSICO DEL ADULTO

ADULT INITIAL HISTORY AND PHYSICAL

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Fecha _____ ¿Nivel limitado de inglés? Sí No Intérprete/Idioma _____ Médico de cabecera PCP _____

SECCIÓN A: PARA QUE LO LLENE EL PACIENTE

Edad ____ ¿Motivo de la visita? _____

Alergias a medicinas o comida _____

Medicamentos _____

Historial Médico/ Padecimientos/ Hospitalizaciones _____

Enliste cualquier cambio de salud o hábitos: _____

Historial de salud importante o cambios en miembros de la familia: _____

Nicotina (cigarrillos, vape, cigarros, tabaco, pipa) <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Expuesto al humo de segunda mano <input type="checkbox"/> Usa actualmente: Tipo & Cantidad _____ <input type="checkbox"/> Antes usaba: Tipo & Cantidad _____ Fecha en que dejó de usar _____	Alcohol <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Tipo/Cantidad _____	Drogas <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Tipo/Cantidad _____ Drogas Inyectadas <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Tipo/Cantidad _____	Salud Mental <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión <input type="checkbox"/> Pensamientos de auto agredirse <input type="checkbox"/> Pensamientos de agredir a otros <input type="checkbox"/> En los últimos 90 días
--	--	---	---

Abuso/Negligencia/Violencia: No abuso
 ¿Está pasando por alguna de estas cosas?
 Abuso verbal o físico Relaciones sexuales por dinero, comida o drogas
 Miedo de sufrir abuso Presión para tener relaciones sexuales
 Contacto sexual forzado Necesidades cotidianas no satisfechas

Solo Mujeres – Primer día del último ciclo menstrual _____
 ¿Son regulares sus períodos? Sí No **Núm. de días entre períodos** ____
 Copiosidad del sangrado Ligero Medio Alto **Núm. de días** ____
 ¿Tiene problemas con sus períodos? _____
 Tiene sangrado/manchado entre períodos? Sí No

Plan de Vida Reproductiva ¿Cuántos hijos quiere tener? _____ ¿Qué método anticonceptivo usa? _____

¿Cuántos hijos tiene? _____ ¿Le gustaría hablar de métodos anticonceptivos? Sí No

¿Ha habido interrupciones en el uso de su método anticonceptivo? Sí No ¿Planea salir embarazada dentro del próximo año? Sí No

¿Tiene problemas con algún método anticonceptivo ahora o los ha tenido antes?

SECCIÓN B: Si su visita es solo para prueba de embarazo PARE AQUÍ. Para todos los otros tipos de visitas llene esta sección.

Síntomas o problemas Orina Frecuentemente Ardor/Dolor al orinar Secreción Comezón Olor
 Ninguna queja Dolor (genital/testicular) Sarpullido/Bultos Llagas Otro _____

Fecha en que comenzaron los síntomas _____ ¿Que ha hecho para aliviar los síntomas? _____

Historial Sexual: Usa Condones: <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca Fecha de su último encuentro sexual _____ Fecha de sexo sin protección _____ Últimos 60 DÍAS: Parejas sexuales _____ Núm. de parejas masculinas _____ Núm. de parejas femeninas _____ Núm. de nuevas parejas _____ Núm. de parejas con nombre o ubicación desconocidos _____ Sexo anal en los últimos <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 60 días <input type="checkbox"/> 12 meses Sexo oral en los últimos <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 60 días <input type="checkbox"/> 12 meses Sexo genital en los últimos <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 60 días <input type="checkbox"/> 12 meses	Historial de parejas: <input type="checkbox"/> Sin preocupaciones <input type="checkbox"/> ETS <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Uso de drogas inyectables <input type="checkbox"/> Múltiples parejas <input type="checkbox"/> Historial de parejas desconocidas	Historial de ETS: <input type="checkbox"/> Ninguna Marque cualquier ETS que haya tenido <input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> VPH/Verrugas Genitales <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Tricomoniasis <input type="checkbox"/> Otras _____ ¿Recibió tratamiento? <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Fecha: _____
---	--	---

Escriba la letra correspondiente (C,B,S,M,F,G) al lado de la categoría que le corresponde a usted o a sus parientes de sangre
Yo = M Hijo(a) = C Hermano = B Hermana = S Madre = M Padre = F Abuelo(a) = G

VIH/SIDA: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quién: _____	Ataque cardíaco/Derrame cerebral: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quién: _____
Adicción al Alcohol/ Drogas: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quién: _____	Presión arterial alta: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quién: _____
Alzheimer: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quién: _____	Colesterol alto: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quién: _____
Artritis: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quién: _____	Enfermedad renal: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quién: _____
Asma: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quién: _____	Enfermedad hepática/Hepatitis: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quién: _____
Defectos congénitos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quién: _____	Enfermedad mental/Depresión: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quién: _____
Trastorno hemorrágico/Sangrado libre: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quién: _____	Osteoporosis: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quién: _____
Cáncer: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quién: _____	Anemia drepanocítica: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quién: _____
EPOC/Enfisema/Bronquitis crónica: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quién: _____	Enfermedad de tiroides: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quién: _____
Diabetes: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quién: _____	Tuberculosis/TB: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quién: _____
Epilepsia/Convulsiones/Ataques: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quién: _____	Otros: _____

HISTORIAL INICIAL Y FÍSICO DEL ADULTO

ADULT INITIAL HISTORY AND PHYSICAL

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Marque si alguna vez ha buscado tratamiento para alguno de los siguientes: Ninguno

Constitucional

- Fatiga
- Dificultad para dormir
- Fiebre/escalofríos
- Sudoraciones nocturnas
- Cambio de peso reciente

Cabeza/Cara/Cuello

- Dolores de cabeza
- Disminución de la fuerza facial
- Reciente pérdida del cabello
- Sensibilidad del cuero cabelludo
- Inflamación de glándulas en el cuello

Pecho/Mamas

- Secreción de las mamas
- Nódulos en las mamas
- Dolor de mamas
- Implantes de mamas

Musculoesquelético

- Dolor de espalda
- Extremidades frías
- Entumecimiento u hormigueo
- Parálisis
- Dolor en las articulaciones
- Rigidez o inflamación de las articulaciones
- Debilidad muscular
- Debilidad en las articulaciones
- Camina con ayuda de accesorios
- Dificultad para subir escaleras

Oídos/Nariz/Boca/Garganta

- Dolor de oídos o drenaje
- Zumbido en los oídos
- Pérdida de la audición
- Sinusitis/problemas sinusales
- Sangrado nasal
- Dolor frecuente de garganta
- Boca seca
- Mal aliento/mal sabor
- Llagas/úlceras en la boca
- Cambios en la voz
- Sangrado de las encías
- Dificultad para tragar
- Dentadura postiza

Ojos

- Visión borrosa/doble
- Resequedad o enrojecimiento
- Usa anteojos/lentes de contacto
- Cataratas
- Glaucoma

Piel

- Sarpullido/Picazón
- Cambios en lunares
- Cambios en la coloración de la piel
- Psoriasis
- Nódulos o protuberancias en la piel
- Presenta moretones con facilidad
- Llagas que no sanan

Cardiovascular

- Dolor o presión en el pecho
- Latidos cardíacos rápidos o irregulares
- Inflamación de pies/tobillos
- Mala circulación
- Trombosis

Gastrourinario

- Ardor al orinar
- Dolor al orinar
- Sangre o pus en la orina
- Incontinencia o goteo involuntario
- Secreciones vaginales
- Menstruaciones irregulares
- Menstruaciones dolorosas
- Problemas de la próstata
- Dolor testicular
- Dificultades sexuales
- Erupciones o úlceras genitales

Endocrino

- Sed excesiva
- Cambio en la tolerancia al frío
- Cambio en la tolerancia al calor

Gastrointestinal

- Acidez o indigestión
- Pérdida del apetito
- Dolor abdominal
- Cambios en los hábitos intestinales
- Evacuaciones dolorosas
- Estreñimiento
- Diarrea frecuente
- Hemorroides/sangre en las heces
- Náuseas o vómitos
- Resultados anormales en pruebas hepáticas

Neurológico/Psiquiátrico

- Temblores
- Pérdida de la memoria o confusión
- Mareos o vértigo
- Pérdida del conocimiento

Respiratorio

- Dificultad para respirar
- Tos con mucosidad
- Tos crónica o frecuente
- Dolor al respirar
- Escupe/tose sangre

Firma de revisión por el proveedor de atención médica:

Fecha:

PARA QUE LO LLENE EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA: Las áreas sombreadas no las llena en cliente.
(TO BE COMPLETED BY HEALTHCARE PROVIDER: Shaded area is not required for family planning clients)

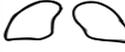
Cancer Risk Abnormal vaginal bleeding <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Age started menses _____ Family Hx of breast cancer <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Age of first sex _____ Self-breast awareness <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No DES exposure <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Number of lifetime partners _____	Date of Most Recent Pap _____ Normal <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Colonoscopy _____ Normal <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Mammogram _____ Normal <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Tuberculosis Risk: If any s/s of TB (cough, fever, night sweats, shortness of air) are reported, initiate TB Risk Assessment (TB-4), TB test as indicated per TB-4.	Lead Assessment: Verbal Risk Assessment <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> N/A
Dental Health <input type="checkbox"/> Brush/Floss daily <input type="checkbox"/> Regular Dental visit Travel outside the USA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Country _____ Date(s) _____	
Testing Today: <input type="checkbox"/> None GC/CT <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Swab (anal, genital, throat) Wet Mount <input type="checkbox"/> Swab (anal, genital, throat) <input type="checkbox"/> Blood Glucose <input type="checkbox"/> Hgb <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> Hearing <input type="checkbox"/> Lipid Screen <input type="checkbox"/> PAP <input type="checkbox"/> UCG <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> HCG <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Herpes Cx <input type="checkbox"/> Liver Panel <input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Other _____	
Recommendations <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Bone density <input type="checkbox"/> Colorectal screen <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Glucose <input type="checkbox"/> Hgb <input type="checkbox"/> Lipid screen <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Mammogram <input type="checkbox"/> Smoking cessation <input type="checkbox"/> PAP <input type="checkbox"/> STI <input type="checkbox"/> UCG <input type="checkbox"/> CXR	
Problems with method or ACHES/PAINS <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	G _____ P _____ Ab _____ L _____
Immunization status <input type="checkbox"/> Up to date per pt <input type="checkbox"/> See vaccine record <input type="checkbox"/> Vaccine given	Date of last HIV test: _____

HISTORIAL INICIAL Y FÍSICO DEL ADULTO

ADULT INITIAL HISTORY AND PHYSICAL

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Sexually active minor: Age of partner _____ Risk of exploitation? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Preferred method of birth control _____								
Subjective:								
Objective: System Examination		WNL	Abnormal	System Examination		WNL	Abnormal	Notes/Other Findings
	Constitutional	General appearance		Gastrointestinal	Abdomen			EDC:
		Nutritional status			Liver/Spleen			Lab Results:
		Vital signs			Anus/Perineum			
		Height/Weight/BMI		Skin/SQ Tissue	Inspection (rash)			ASSESSMENT
	HEENT	Head: Scalp		Musculoskeletal	Spine			PLAN
		Eyes: PERRLA			ROM			
		Conjunctivae, lids			Symmetry			
		Ear: Canals, Drums		Genitourinary	Male: Scrotum			ABNORMAL FINDINGS AND/OR NOTES
		Hearing			Testes			
		Nose: Mucosa/Septum			Penis			
		Mouth: Lips, Palate			Prostate			
		Teeth, Gums			Female: Genitalia			
	Neck		Throat: Tonsils		Vagina			
			Thyroid		Cervix			
Respiratory		Overall appearance		Uterus				
		Respiratory effort		Adnexa				
		Lungs		Lymphatic	Nodes			
	Cardiovascular	Heart		Neurological	Palpation			
		Femoral/Pedal pulses			Reflexes			
Extremities			Sensation					
Chest		Thorax		Psychiatric	Orientation			
		Nipples			Mood/Affect			
		Breasts						
Referrals <input type="checkbox"/> DCBS <input type="checkbox"/> Family Planning <input type="checkbox"/> PCP/Provider <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> HANDS <input type="checkbox"/> Pregnancy Resources <input type="checkbox"/> Smoking Cessation <input type="checkbox"/> OB/GYN/PAP <input type="checkbox"/> Dietitian <input type="checkbox"/> Mental Health <input type="checkbox"/> Presumptive Eligibility <input type="checkbox"/> Other								
Client Centered Education <input type="checkbox"/> None Education provided by _____ <input type="checkbox"/> Pt verbalizes understanding								
Adolescent: <input type="checkbox"/> Abstinence <input type="checkbox"/> Consent & Ways to Prevent Sexual Coercion <input type="checkbox"/> Family or Trusted Adult Involvement <input type="checkbox"/> ATOD/Smoking Cessation/SHS <input type="checkbox"/> Folic Acid <input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> Preconception <input type="checkbox"/> Abuse/DV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> Mental Health <input type="checkbox"/> Provider List <input type="checkbox"/> Condoms to prevent pregnancy & STI <input type="checkbox"/> HIV Pre/Post Test <input type="checkbox"/> Partner Notification <input type="checkbox"/> Lead Exposure <input type="checkbox"/> Contraceptive <input type="checkbox"/> Human Trafficking <input type="checkbox"/> Opportunity to discuss pregnancy options for Positive PT								
Education Packets <input type="checkbox"/> CSEM (HPV/SBA/PAP/Mamm) <input type="checkbox"/> FPEM19 <input type="checkbox"/> PTEM <input type="checkbox"/> STDEM <input type="checkbox"/> Other								
Medications/Supplies: <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Benefits, side effects and adverse reactions to medications discussed								
<input type="checkbox"/> Birth Control # _____ (type) _____								
<input type="checkbox"/> Condoms # _____ <input type="checkbox"/> Condoms declined <input type="checkbox"/> MV/Folic Acid # _____ <input type="checkbox"/> Films # _____								
<input type="checkbox"/> Bicillin-Dose/Site _____ <input type="checkbox"/> Rocephin-Dose/Site _____								
<input type="checkbox"/> Doxycycline-Dose _____ <input type="checkbox"/> Metronidazole-Dose _____								
<input type="checkbox"/> Zithromax-Dose _____ <input type="checkbox"/> ECP-Dose _____								
<input type="checkbox"/> Other _____ Rx _____								
Healthcare Provider Signature:				Date:		Recommended RTC:		