

Examen de salud CRBH

Rev. 20/09/19

Copia de seguridad en papel

Fecha:

Evaluación inicial o de actualización

Línea de dirección física 1:

Línea de dirección física 2:

Ciudad:

Código postal:

Estado:

¿Problema con los ojos, oídos, nariz o garganta? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

En caso afirmativo, explique:

¿Tiene mareos, desmayos, dolores de cabeza, fatiga, convulsiones o lesiones en la cabeza? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

En caso afirmativo, explique:

¿Tiene dolor en el pecho, ataques cardíacos u otros trastornos cardíacos, presión arterial alta, accidente cerebrovascular, enfermedad de la sangre, endurecimiento de las arterias? ☐ Sí

☐ No ☐ N/A

En caso afirmativo, explique:

Antecedentes familiares de diabetes, cardiopatías, hipertensión arterial, accidente cerebrovascular, convulsiones, problemas respiratorios, enfermedades de la sangre, cáncer,

antecedentes familiares de diabetes, artritis, etc. ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

En caso afirmativo, explique:

¿Tiene tos, dificultad para respirar, asma, EPOC u otros problemas respiratorios? ☐ Sí ☐ No ☐ N/D

En caso afirmativo, explique:

¿Tiene úlceras u otros problemas estomacales? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

En caso afirmativo, explique:

¿Tiene anemia, problemas de tiroides, páncreas, hígado o ictericia? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

En caso afirmativo, explique:

¿Tiene diabetes o hipoglucemia? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

En caso afirmativo, explique:

¿Tiene algún trastorno de los músculos, huesos, espalda o artritis en las articulaciones? Sí No N/A En caso afirmativo, explique:

¿Tiene problemas intestinales o urinarios? Sí No N/A Si es así, explique:

¿Trastornos genéticos o defectos de nacimiento? Sí No N/A En caso afirmativo, explique:

¿Tiene trastornos de la piel, tumores, cáncer o infecciones cutáneas graves? Sí No N/A En caso afirmativo, explique:

¿Problema con los órganos masculinos/femeninos? Sí No N/A Si es así, explique:

¿Enfermedad venérea (de transmisión sexual)? Sí No N/A En caso afirmativo, explique:

¿Es usted sexualmente activo? Sí No N/A

¿Estás en la menopausia? Sí No N/A

Edad de inicio de la menstruación: _____ ¿Cuántos días dura tu periodo? _____

¿Con qué frecuencia tiene su período? _____ ¿Fecha aproximada de su último período? _____

Historial del embarazo:

¿Tiene tuberculosis, hepatitis, SIDA u otras enfermedades infecciosas? Sí No N/A En caso afirmativo, explique:

--

En caso afirmativo, explique:

--

En caso afirmativo, explique:

--

--

--

En caso afirmativo, explique:

--

--

9:	
----	--

En caso afirmativo, explique:

--

¿Tiene usted alguna alergia alimentaria?	Sí	No	N/A
--	----	----	-----

--

--

--

--

--

¿Comes compulsivamente?

SíNoN/A

Si es así, explique

¿Te provocas el vómito después de comer?

SíNoN/A

Si es así, explique

¿Cambio en el apetito o peso en los últimos 3 meses?

SíNoN/A

Si es así, explique

¿Ha tenido una pérdida o aumento de peso de 10 libras o más en los últimos 3 meses?

SíNoN/A

Si es así, explique

Resumen clínico de cuestiones nutricionales (solo para uso en el consultorio)

¿Se hizo la derivación? (Solo para uso de la oficina)

SíNoN/A

(Si se identifica algún problema, derivar a atención primaria para una evaluación/tratamiento adicional)

Si se identificaron problemas y no se realizó una derivación, explique el motivo e incluya: ¿A dónde se remitió? ¿Cuándo?

¿Ha pasado usted más de un día sin comer ningún alimento, excepto cuando estaba enfermo?

SíNoN/A

¿Tiene alergias adicionales? (por ejemplo, a medicamentos, ambientales, etc.)

SíNoN/A

Fecha aproximada de la última visita al médico o examen físico:

¿Se firmó un ROI para obtener un examen físico actual del médico de cabecera?

SíNo

¿Se le entregó el formulario PE al cliente?

SíNo

Si se entregó el formulario de examen físico, documéntelo a continuación.

¿Remisión médica, examen físico exento?

SíNo

N/D

Fecha de la última inyección contra el tétano:

Fecha de la última prueba cutánea de tuberculosis:

Nombre y dirección del PCP

Registro de vacunación (clientes menores de 18 años). Si no, ¿solicito una copia?

SíNoN/A

Nombre y dirección de la farmacia preferida:

Evaluación del dolor

El cliente tiene-

Sin dolorDolor

Diagnóstico físico-

Ubicación del dolor-

Intensidad del dolor

- 0-Sin dolor
- 2-Duele un poco
- 4-Duele un poco más
- 6-Duele incluso más
- 8-Duele mucho
- 10-Duele Peor

_____ Dolor presente _____ El peor dolor que se puede sentir _____ El mejor dolor se consigue con un nivel de dolor _____ aceptable

¿Qué alivia el dolor?

¿Qué causa o aumenta el dolor?

Efectos del dolor-

Otros comentarios:

Plan (Esta parte debe ser completada por el médico)

Si el dolor actual se califica como 6 o más, se debe derivar al paciente para tratamiento. Indique la derivación realizada o el motivo por el que no se realizó.

Nombre del contacto de emergencia-

Teléfono de contacto de emergencia #-

Esta sección es solo para uso de oficina.

Resumen de los hallazgos/plan del médico:

Firma del médico _____

Firma del médico/psiquiatra _____