



# EQUALITY CARE CENTER™

4220 North 20th Avenue Phoenix, AZ 85015  
3306 W. Roosevelt St. Phoenix, AZ 85009

Chart #: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE NUEVO PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:  Mujer  Hombre Raza: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefonico: \_\_\_\_\_

Indique el nombre y la ubicacion de su farmacia preferida: \_\_\_\_\_

Razon de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

**Historial Medico:** Tiene, o alguna vez a tenido algunos de los problemas que estan a continuacion: **Favor de circular TODOS los que aplican:**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acides/Reflujo                 | <input type="checkbox"/> Defectos Visuales                             | <input type="checkbox"/> EPOC                     | <input type="checkbox"/> Transtorno Bipolar     |
| <input type="checkbox"/> Anemia (celulas falciforme)    | <input type="checkbox"/> Depresion                                     | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia            | <input type="checkbox"/> Transtorno de ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Anemia de cooley               | <input type="checkbox"/> Derrame/Embolia                               | <input type="checkbox"/> Glaucoma                 | <input type="checkbox"/> Transtorno de sangrado |
| <input type="checkbox"/> Aneurisma                      | <input type="checkbox"/> Desorden de la piel (Acne, Psoriasis, Eccema) | <input type="checkbox"/> Hepatitis                | <input type="checkbox"/> Tuberculosis           |
| <input type="checkbox"/> Artritis                       | <input type="checkbox"/> Diabetes (desconosido)                        | <input type="checkbox"/> Hipertension             | <input type="checkbox"/> Uso de Coumadin        |
| <input type="checkbox"/> Asma                           | <input type="checkbox"/> Diabetes Insipida                             | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo          | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA             |
| <input type="checkbox"/> Ataques cardiacos              | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I (dependiente de insulina)     | <input type="checkbox"/> Inflamacion del pancreas | Otros: _____                                    |
| <input type="checkbox"/> Cancer                         | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo II (independiente de insulin)   | <input type="checkbox"/> Inquietas (RLS)          |   |
| <input type="checkbox"/> Cataratas                      | <input type="checkbox"/> Dialisis                                      | <input type="checkbox"/> Osteoporosis             |   |
| <input type="checkbox"/> Coagulos en la sangre          | <input type="checkbox"/> Enfermedad Autoimmune                         | <input type="checkbox"/> Poliquistosis Ovarica    |   |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                   |  | <input type="checkbox"/> Quimioterapia            |   |
| <input type="checkbox"/> Defectos de la valvula cardiac |  | <input type="checkbox"/> Sindrome de las Piernas  |   |
|   |  | <input type="checkbox"/> Transfusiones            |   |

Favor de anotar todas las **Cirugias o Ingresos** al hospital que haya tenido en el pasado:

| Fecha | Cirugia o Razon de Hospitalizacion |
|-------|------------------------------------|
|       |                                    |
|       |                                    |
|       |                                    |
|       |                                    |

**Lista de Medicamentos:** Utilize el lado contrario de la pagina si es necesario

| Nombre | Dosis | Frecuencia | Razon | Prescrito por quien |
|--------|-------|------------|-------|---------------------|
|        |       |            |       |                     |
|        |       |            |       |                     |
|        |       |            |       |                     |
|        |       |            |       |                     |

**Allergias a Medicamentos:**

| Medicamento | Reaccion |
|-------------|----------|
|             |          |
|             |          |
|             |          |

Provider Initial: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE NUEVO PACIENTE**
**Historial Familiar:** Favor de marcar si algun familiar a padecido de estas condiciones

Liste familiares

|   |       |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Cardiacas   |       |
| <input type="checkbox"/> Hipertension             |       |
| <input type="checkbox"/> Derrame/ Embolia         |       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                 |       |
| <input type="checkbox"/> Cancer                   | Typo: |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del Rinon   |       |
| <input type="checkbox"/> Transtornos de sangrado/ |       |
| <input type="checkbox"/> Coagulos                 |       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides   |       |
| <input type="checkbox"/> Transtornos Mentales     |       |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis             |       |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia /convulsiones  |       |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma                 |       |
| <input type="checkbox"/> Otros                    |       |

**Mujeres:**

|   |
|---|
| Fecha de ultimo Periodo Menstrual                                 |
| # total de Embarazos  |
| # total de partos   |
| # de abortos  |
| A que Edad Empezo a Menstruar?                                    |
| A que Edad Comenzo la Menopausia                                  |
| A que edad tuvo su primer relacion sexual?                        |
| Alguna vez a tenido alguno de los siguientes? (favor de circular) |
| <input type="checkbox"/> Embarazo Ectopico                        |
| <input type="checkbox"/> Histerectomia (parcial o complete)       |
| <input type="checkbox"/> Ablacion                                 |
| <input type="checkbox"/> Ligacion de Trompas                      |

**Hombres:**

|   |
|---|
| Tiene dificultad al orinar?                                       |
| Hace fuerzas frecuentemente al orinar?                            |
| El flujo de orina es menor que usualmente?                        |
| Siente que la vejiga queda completamente vacia despues de orinar? |
| Se levanta frecuentemente por las noches para ir a orinar?        |
| Tiene dificultad para lograr o mantener una ereccion?             |
| Tiene dificultad para eyacular?                                   |

**Alguna vez se a realizado algunos de los siguientes examenes?**

| Examen  | Ano/Razon/Resultado |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Papanicolao                    |                     |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de la prostata         |                     |
| <input type="checkbox"/> Mammograma                     |                     |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia                   |                     |
| <input type="checkbox"/> Endoscopia                     |                     |
| <input type="checkbox"/> Electrocardiograma             |                     |
| <input type="checkbox"/> Prueba de esfuerzo cardiaco    |                     |
| <input type="checkbox"/> Echocardiograma                |                     |
| <input type="checkbox"/> Radiografia del pecho          |                     |
| <input type="checkbox"/> Tomografia axial computarizada |                     |
| <input type="checkbox"/> EEG                            |                     |
| <input type="checkbox"/> Densimetria                    |                     |
| <input type="checkbox"/> Otra                           |                     |

Provider Initial: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE NUEVO PACIENTE**

**Historial de tabaquismo:** Marque la caja que aplica a usted

Es usted un:  Fumador actual     Ex fumador     No es fumador

**Si usted es un fumador/a actual:**

Usted Fuma:  Cigarillos                       Cigarros             Pipas

Con que frecuencia fuma?     Todos los días     Algños dias, pero no todos los dias.

Cuantos cigarros fumas por día?     5 o menos     6-10             11-20             11-20             21-30             31-60

Que tan pronto despues de despertarse fuma su primer cigarillo?

Dentro de 5 minutos     6-30 minutos             31-60 minutos             31 o mas             despues de 60 minutos

Esta interesado/a en parar?     Listo para parar             Pensando en parar             No estoy interesado en parar

Bebe alcohol? Si es asi, cuanto toma por semana? \_\_\_\_\_

Hace ejercicio? Si es asi, con que frecuencia y que tipo de ejercicio? \_\_\_\_\_

Trabaja? En que trabaja? \_\_\_\_\_

Es usted:            Soltero/a            Casado/a            Divorciado/a            Viudo/a

Se siente usted seguro en su casa?             Si     No

Ah sido usted una victim de abuso?             Si     No

Ah sido usted encarcelada?             Si     No

**Revision de Systema:** *En los pasados 6 meses, ha tenido algunos de los siguientes sintomas? Circule los que apliquen*

**Contitucional:**

- Fiebre/escalofrios
- Fatiga
- Perdida de peso
- Perdida de apetito

**ENT/Mouth:**

- Dolor de oido
- Infeccion de sinusits frecuentes
- Perdida de oido
- Sangrado de nariz

**Gastrointestinal:**

- Dolor abdominal
- Diarrhea/ Constipacion
- Sangrado en escremento

**Musculo- esqueletico:**

- Dolor de espalda
- Dolor de Cuello
- Dolor de articulaciones
- Dolor de musculos

**Oftalmologia:**

- Cambios de vision
- Ojos irritados
- Dolor de ojos

**Psicologico:**

- Problemas de sueno
- Ansiedad
- Depression o tristeza
- Escucha voces/ mira objetos
- Factores de estress
- Pensamientos agreder a otros a si mismo

**Endocrinologia**

- Perdida de cabello
- Frecuencia al urinar
- Aumento de sed
- Intolerancia de calor o frio

**Urología / Genitourinario**

- Dolor al urinar
- Frecuencia al urinar
- Sangrado irregular de vagina (mujeres)
- Desecho de vagina o pene

**Cardiovascular:**

- Dolor de pecho
- Shortness of breath while lying flat
- Swelling of Ankles
- Fainting or near fainting

**Allergias:**

- Ojos llorosos/ nariz que moquea
- Allergias de temporada

**Neurologico:**

- Convulciones
- Marcha anomalias
- Dolor de cabeza
- Entumecimiento u hormigueo

**Dermatologia:**

- Picazon
- Erupcion
- Inflamacion

**Respiratorio:**

- Toz
- Sangre en la flema
- Falta de aire
- Produccion de phlema

**Hematologia:**

- Sangrado de encillas
- Hematomas
- Sudores Nocturnos
- Dolor o inchazon en ganglios linfaticos

Provider Initial: \_\_\_\_\_

**Triage:** Sex: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_\_ HR: \_\_\_\_\_ Temp: \_\_\_\_\_ RR: \_\_\_\_\_ LMP: \_\_\_\_\_ Room# \_\_\_\_\_