

Aurora Family Medicine Center, P.C.

****Complete todas las secciones antes de su examen de bienestar anual****

Nombre _____

Fecha _____

Fecha de nacimiento _____

Liste cualquier cirugía u hospitalización:

Marque aquí si no hay cambios _____

Fecha	Razón	Lugar de la cirugía

Por favor, liste todos los otros proveedores médicos / especialistas que visita regularmente.

Especialistas	Razón

Aurora Family Medicine Center, P.C.

Historial Médico / Historial Familiar

	Yo	Padre	Madre	Hermanos	Niños	Especificar Condición
Enfermedad cardíaca						
Aneurismas						
Presión arterial alta						
Colesterol alto						
Accidente Cerebro vascular						
Enfermedad renal						
Cáncer						
Diabetes						

Actividades de la vida diaria

¿Necesita asistencia con alguna de las siguientes actividades?

Usar el teléfono	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Comer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ir de compras	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Ir de la cama a la silla	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Preparar la comida	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Vestirse	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Servicio de limpieza	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Bañarse	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Lavandería	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Ir al Baño	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Conducir / Taxi o autobús	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Continencia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tomar medicamentos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
Manejar las finanzas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			

Tengo a alguien para ayudar si es necesario (para un día de enfermedad)

Sí, en cualquier momento Sí, a veces Realmente no

Prevención de accidentes:

¿Usas cinturones de seguridad en el auto? Sí No

¿Tiene detectores de humo en casa? Sí No

¿Tiene detectores de monóxido de carbono? Sí No

¿Tiene un arma de fuego en casa? Sí No En caso afirmativo, ¿está encerrado? Sí No

Evaluación de salud: uso de sustancias, dieta, ejercicio, riesgo de caída

¿Bebe alcohol? Sí No En caso afirmativo, cantidad de _____ bebidas por día / semana (circule uno)

Ya no bebo alcohol

¿Alguna vez ha fumado o masticado tabaco? Sí No Sí, actualmente uso cuánto: _____ por día

¿Usa marihuana o drogas ilícitas? Sí No Estoy interesado en obtener ayuda para dejar de usar _____

Dieta: balanceado vegetariano diabético bajo sal

bajo en grasa bajo carbohidrato otro: _____

¿Hace ejercicio todos los días? Sí No Si no, ¿con qué frecuencia hace ejercicio? _____

¿Ha tenido alguna caída en el último año? Sí No En caso afirmativo, ¿alguna lesión? _____

¿Tiene problemas para escuchar? Sí No ¿Tiene problemas para ver? Sí No

¿Usa un audífono? Sí No ¿Usa anteojos o lentes de contacto? Sí No

¿Último examen de audición?: _____ ¿Último examen de la vista realizado por un optometrista u oftalmólogo?: _____

Tiene preocupación personal por la memoria o la familia a mencionado la preocupación Sí No

Solo para uso de oficina: Referral PHP Care Coordinator Referral

Aurora Family Medicine Center, P.C.

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

Tengo: Testamento Orden médica para tratamiento de soporte vital Poder médico

Otras : _____

Estoy interesado en saber mas acerca de estos formularios para documentar mis deseos para la toma de decisiones al final de la vida

Detección de depresión:

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un “ ” para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
Para codificación de oficina:	0 pts.			

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

Sólo para uso de oficina:

Cognition screen prompts Mini-Cog

Three word registration score: _____

Clock drawing score: _____

Three word recall score: _____

Mini-Cog Score, note documented in EMR: