



**NEW PATIENT or ANNUAL WELLNESS VISIT FORM**

Name/Nombre: Last/Apellido _____ First/Primero _____ Middle/Segundo _____		
Date/Fecha _____	Date of Birth/Fecha de Nacimiento _____	

**1. CURRENT LIST OF CARE PROVIDERS, HOSPITALS UTILIZED AND SUPPLIERS / LISTA ACTUAL DE MÉDICOS, HOSPITALES Y PROVEEDORES UTILIZADOS**

<b>1a</b>	<b>Who was your previous Doctor? / ¿Quien fue su médico anterior?</b>	
<b>1b</b>	<b>When did you last see your previous Doctor? / ¿Cuando fue la ultima vez que vio al médico anterior?</b>	
<b>1c</b>	<b>What are the names of specialists you have seen within the past year? / ¿Cuáles son los nombres de los especialistas que ha visto en el último año?</b>	
<b>1d</b>	<b>What are the names of any agencies or companies that provide you with medical equipment or services? / ¿Cuáles son los nombres de las compañías o agencias que le proveen a usted equipos o servicios médicos?</b>	
<b>1e</b>	<b>Which hospitals or emergency rooms have you been admitted to in the past year? / ¿En cuales hospitales o salas de emergencia ha sido ingresado en el último año?</b>	

**2. REFERRED BY AND MEDICATIONS / REFERIDO Y MEDICAMENTOS**

<b>2a</b>	<b>Were you referred to us? / ¿Fue usted referido a nosotros?</b>	__Yes/Si	__No
	<b>If so, who referred you? / ¿Quién lo refirió?</b>		
<b>2b</b>	<b>Are you taking any prescribed, over-the-counter or herbal medicines / ¿Estas tomando medicamentos recetados, no recetados, o naturales?</b>	__Yes/Si	__No
<b>2c</b>	<b>Please write the names of all of the medications you take/ Por favor escriba los nombres de todos los medicamentos que toma:</b> _____		
<b>2d</b>	<b>Which pharmacies do you obtain your medications from? / ¿En qué farmacias usted obtiene sus medicamentos?</b>		
<b>2e</b>	<b>Are you allergic to any medications, food, etc.? / ¿Eres alérgico a algún medicamento, comida, etc.?</b>	__Yes/Si	__No

**3. LEARNING NEEDS AND HEALTH LITERACY ASSESSMENT / NECESIDADES DE FORMACIÓN Y ALFABETIZACIÓN PARA EVALUACIÓN DE SALUD**

<b>3a</b>	<b>What languages do you speak? / ¿Que idiomas habla usted?</b>	__English/Ingles	__Spanish/Español	__Creole	__Other/Otro
<b>3b</b>	<b>What languages do you read? / ¿Que idiomas lee usted?</b>	__English/Ingles	__Spanish/Español	__Creole	__Other/Otro

3c	What is your highest level of education? / ¿Cual es su nivel educacional?	<input type="checkbox"/> Grade 1-6/Primaria	<input type="checkbox"/> Grade 7-12/Secundaria	<input type="checkbox"/> College/Pre-Universitario	<input type="checkbox"/> None/Ningún
3d	How do you prefer to learn? / ¿Cual es su método preferido para aprender?	<input type="checkbox"/> Person to person Sesiones/uno a uno		<input type="checkbox"/> Hand-outs/Folletos	<input type="checkbox"/> Audio/Visual
3e	Do you have any special educational needs we should be aware of in the following areas? / ¿Usted tiene algún tipo de impedimento para el aprendizaje? ( <input type="checkbox"/> Hearing/Auditivo) ( <input type="checkbox"/> Sight/Visual) ( <input type="checkbox"/> Speech/Verbal) ( <input type="checkbox"/> Spiritual/Espiritual) ( <input type="checkbox"/> Cultural beliefs/Creencias Culturales)  If Yes, please explain/En caso afirmativo, por favor explique _____				
3f	At this time do you have any limitations or emotional barriers that may affect your ability to learn? / ¿En este momento tiene usted alguna limitación o barrera emocional que pueda limitar su habilidad de aprendizaje?			<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
3g	4. When you are given instructions from your doctor or pharmacist, how often do you need to have someone help you? / ¿Cuando le dan instrucciones del médico o farmacéutico, con qué frecuencia usted necesita que alguien le ayude? ( <input type="checkbox"/> Never/Nunca) ( <input type="checkbox"/> Rarely/Raramente) ( <input type="checkbox"/> Sometimes/A Veces) ( <input type="checkbox"/> Often/A Menudo) ( <input type="checkbox"/> Always/Siempre)				

#### 4. FUNCTIONAL ASSESSMENT / EVALUACIÓN DE FUNCION

Do you have difficulty doing any of the following things for yourself? / ¿Usted tiene alguna dificultad haciendo alguna de las siguientes actividades?	Showering/Bañarse	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Shopping/Ir de Compras	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
	Dressing/Vestirse	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Eating/Alimentarse	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No

#### 5. PAST MEDICAL HISTORY / HISTORIA MEDICA

Do you have or have you ever had any of the following? / ¿Usted tiene o alguna vez a tenido?

High blood pressure/Presión alta	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Positive TB Skin Tests/Prueba positiva de tuberculosis	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Heart Disease/Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Blood Transfusion/Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
High Cholesterol/Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	HIV Disease/SIDA	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Cancer (If yes, where / En caso afirmativo, ¿dónde?)	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Epilepsy/Epilepsia	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Kidney disease/Enfermedades en los riñones	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Mental health problems/Problemas de salud mental	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Asthma/Asma	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Other diseases/Otras enfermedades	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No

#### 6. PAST SURGICAL HISTORY / ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Have you had any of the following surgeries? If so, indicate the date. / ¿Ha tenido cualquiera de las siguientes cirugías? En caso afirmativo, indicar la fecha.			
Hysterectomy / Histerectomía		Colectomy / Extirpación del Intestino Grueso	
Bilateral Mastectomy / Mastectomía Bilateral		Other (please explain) / Otros (por favor, explique)	
Tubal Ligation / Ligadura de Trompas			



**7. Patient History / HISTORIA DEL PACIENTE**

a)	<b>Have you ever been a victim of abuse/neglect? /</b> <i>¿Ha sido víctima de algún tipo de abuso o negligencia?</i>	___ Yes/Sir	___ No
b)	<b>Have you had any falls, trauma or other injury in the past year? /</b> <i>¿Ha tenido alguna caída, trauma u otra lesión en el último año?</i>	___ Yes/Sir	___ No
c)	<b>What is your usual diet? /</b> <i>¿Cual es su dieta usual?</i>  ___ Regular, ___ Low Salt/Baja en sal, ___ Atkins/Dieta Atkins, ___ Low cholesterol/Baja en colesterol ___ Vegetarian/Vegetariana, ___ Other/Otra _____		
d)	<b>Have you lost significant weight recently? /</b> <i>¿Ha perdido considerable peso recientemente?</i>	___ Yes/Sir	___ No
e)	<b>Are you currently employed? /</b> <i>¿Actualmente tiene empleo?</i>	___ Yes/Sir	___ No
f)	<b>What is your occupation? /</b> <i>¿Cuál es su ocupación?</i>	___ Yes/Sir	___ No
g)	<b>Do you live alone? /</b> <i>¿Usted vive solo?</i>	___ Yes/Sir	___ No
h)	<b>Do your daily activities require that you stay in the sun often? /</b> <i>¿Sus actividades diarias requieren que usted este expuesto al sol por mucho tiempo?</i>	___ Yes/Sir	___ No
i)	<b>Have you ever been exposed to asbestos, radiation, chemicals or fumes? /</b> <i>¿Usted ha estado expuesto a asbestos, radiación, químicos, o gases?</i>	___ Yes/Sir	___ No

**8. SAFETY / SEGURIDAD**

a)	<b>Do you wear your seatbelt? /</b> <i>¿Usa usted su cinturón de seguridad en su auto?</i>	___ Yes/Sir	___ No
b)	<b>Do you have a smoke detector at home? /</b> <i>¿Tiene detector de humo en su casa?</i>	___ Yes/Sir	___ No

**9. FAMILY HISTORY / ANTECEDENTES DE FAMILIA**

a)	<b>Mother/Madre</b>	<b>( ) Living/Vive</b>	<b>( ) Deceased/Fallecida</b> <b>Cause/Causa</b>
b)	<b>Father/Padre</b>	<b>( ) Living/Vive</b>	<b>( ) Deceased/Fallecido</b> <b>Cause/Causa</b>
c)	<b>Siblings/Hermanos</b>	<b>Number living/Cuantos aun viven</b>	<b>Number Deceased/ ¿Cuantos han fallecido? _____</b>

**d) Has anyone in YOUR Family had any of the following (parents, grandparents, brothers or sisters)? / ¿Alguien en su familia ha tenido cualquiera de los siguientes (padres, abuelos, hermanos o hermanas)?**

	Mother/Madre		Father/Padre		Brother/Hermano		Sister/Hermana	
	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>Cancer</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>Diabetes</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>Heart Disease / Enfermedad del corazón</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>High blood pressure / Presión alta</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>High Cholesterol / Colesterol alto</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>ADD / Trastorno por déficit de atención</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>Allergies / Alergias</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>Arthritis / Artritis</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>Asthma / Asma</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>Bleeding/Clotting Disorders / Hemorragia / Problemas de coagulación</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>Cystic Fibrosis / Fibrosis quística</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>Depression / Depresión</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>Early Deaths / Muertes tempranas</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>Genetic Disease / Enfermedad genética</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>Headache / Dolor de Cabeza</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>Hepatitis / Hepatitis</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>HIV Infection / Infección por VIH</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>Kidney Disease / Enfermedad del Riñón</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>Psychiatric / Psiquiátrico</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>Seizure Disorder / Trastorno convulsivo</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>Sickle Cell Abnormality / Anormalidad de Célula de Hoz</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>Stroke / Hemorragia Cerebral</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>Thyroid Disorder / Desorden de la tiroides</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No
<b>Tuberculosis</b>	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No	Yes/Si	No

**WOMEN'S HISTORY / HISTORIA MEDICA (MUJERES)**

a) When was your last period? / ¿Cuándo fue su último período?	
b) Have you had any problems with your period recently? / ¿Ha tenido algún problema con su periodo recientemente?	
c) Have you begun menopause? / ¿Usted ha comenzado la menopausia?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No

**d) Pregnancy History / Historia de embarazo**

How many times have you been pregnant? / ¿Cuántas veces ha estado embarazada?	
How many full term pregnancies have you had? / ¿Cuántos embarazos de término han tenido?	
How many premature pregnancies have you had? / ¿Cuántos embarazos prematuros han tenido?	
How many abortions have you had? / ¿Cuántos abortos ha tenido?	
How many miscarriage(s) have you had? / ¿Cuántos abortos naturales ha tenido?	
How many ectopic pregnancies have you had? / ¿Cuántos embarazos ectópicos ha tenido?	
How many of your children are living? / ¿Cuántos de sus hijos están vivos?	

**Annual Wellness Visit only/Solo visita anual de bienestar**

**10. Sexual Active / Activo sexual**

Are you currently sexually active? / ¿Actualmente eres sexualmente activo? Do you have the same sex parnter? / Tienes la misma pareja sexual	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I am not sure/ No estoy seguro
---	---------------------------------	---

**11. SELF ASSESSMENT OF HEALTH STATUS / AUTO EVALUACIÓN DEL ESTADO DESALUD**

On a scale of 1-10 where 10 is perfect health and 1 is por health, how would you grade you health status/ En la escala del 1-10, donde 10 es la salud perfecta y 1 es mal estado de salud, ¿cómo se califica usted su estado de salud?	_____
Level of motivation to improve health/ Grado de motivación para mejorar la salud	

**12. ADVANCE DIRECTIVES / DECLARACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA**

Do you have an Advance Directive or a Living Will? / ¿Tienes una directiva avanzada o testamento?	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Who have you designated to make health care decisions for you if you are unable to make them? / ¿A quién ha designado para tomar decisiones médicas en caso de que usted no pueda hacerlas?		

**Pediatric additional information/ Información adicional pediátrica**

**13. Prenatal/ Prenatal**

Morther's age at delivery? / ¿La edad de Morther en el parto?	
Number of total pregnancies? / ¿Número total de embarazos?	
Number of deliveries? / ¿Número de entregas?	

**14. Birth information/Informacion de nacimiento**

a)	Full Term pregnancy/ Embarazo a término completo	<input type="checkbox"/> Yes/Sir	<input type="checkbox"/> No
b)	C Section / Seccion c	<input type="checkbox"/> Yes/Sir	<input type="checkbox"/> No

c)	Breech / recámara	___Yes/Sir	___No
d)	Delivered in hospital / Entregado en el hospital	___Yes/Sir	___No
e)	Birth weight / Peso de nacimiento		

15. Social History / Historia social

Patient lives with? / El paciente vive con	
Live in a house or apartment / Vivir en una casa o apartamento	
Type of water patient drinks / Tipo de agua bebida del paciente	
Cultural Background / Trasfondo cultural	
Pets in home / Mascotas en casa If so please list / Si es así, enumere	

Travel out of the county / Viajar fuera del país	___Yes/Si	___No
Exposure to secondhand cigarette smoke / Exposición al humo del cigarrillo de segunda mano	___Yes/Si	___No
Caffeine use / Uso de cafeína	___Yes/Si	___No
Alcohol use / Consumo de alcohol	___Yes/Si	___No
Drug use / El consumo de drogas	___Yes/Si	___No
Exercise Habits / Hábitos de ejercicio	___Yes/Si	___No
Play Sports / Hacer deporte	___Yes/Si	___No

<p><b>TO ENSURE THAT WE PROVIDE YOU WITH SAFE, QUALITY HEALTH CARE, IS THERE ANY OTHER INFORMATION WE SHOULD BE AWARE OF? /</b>  <i>¿para asegurarnos de que reciba un servicio médico seguro y de calidad, hay alguna información adicional que nos pueda brindar?</i></p> <p>_____</p>	<p>___Yes/Si</p> <p>___No</p>
--	-------------------------------

**THIS FORM IS ONLY TO ASSIST OUR STAFF IN INFORMATION GATHERING. INFORMATION WILL BE EXTRACTED FROM THIS FORM AND SUMMARIZED IN YOUR ELECTRONIC MEDICAL RECORD. / Esta forma es solo para ayudar a nuestro personal en la recolección de información. la información será extraída de esta forma y resumida en su registro medico electrónico.**