



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

1a	Who was your previous Doctor? / ¿Quien fue su médico anterior?	
1b	When did you last see your previous Doctor? / ¿Cuando fue la ultima vez que vio al médico anterior?	
1c	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?	
1d	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?	
1e	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?	

2. REFERRED BY AND MEDICATIONS / REFERIDO Y MEDICAMENTOS

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

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

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

3c	What is your highest level of education? / ¿Cual es su nivel educacional?	__ Grade 1-6/Primaria	__ Grade 7-12/ Secundaria	__ College/ Pre-Universitario	__ None/Ningún
3d	How do you prefer to learn? / ¿Cual es su método preferido para aprender?	__ Person to person Sesiones/uno a uno		__ Hand-outs/ Folletos	__ 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? (__ Hearing/Auditivo) (__ Sight/Visual) (__ Speech/Verbal) (__ Spiritual/Espiritual) (__ 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?			__ Yes/Si	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? (__ Never/Nunca) (__ Rarely/Raramente) (__ Sometimes/A Veces) (__ Often/A Menudo) (__ Always/Siempre)				

4. FUNCTIONAL ASSESSMENT / EVALUACIÓN DE FUNCION

you have difficulty doing any of the following things for yourself? / ¿Usted tiene alguna dificultad haciendo alguna de las siguiente actividades?	hing/ Bañarse	__ Yes/Si	__ No	pping/ Ir de Compras	__ Yes/Si	__ No
	ssing/ Vestirse	__ Yes/Si	__ No	ding/ Alimentarse	__ Yes/Si	__ 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	__ Yes/Si	__ No	Positive TB Skin Tests/Prueba positiva de tuberculosis	__ Yes/Si	__ No
Heart Disease/Enfermedad del corazón	__ Yes/Si	__ No	Tuberculosis	__ Yes/Si	__ No
Diabetes	Yes/Si	No	Blood Transfusion/Transfusión de sangre	Yes/Si	No
High Cholesterol/Colesterol alto	Yes/Si	No	HIV Disease/SIDA	Yes/Si	No
Cancer (If yes, where / En caso afirmativo, dondepo?)	__ Yes/Si	__ No	Epilepsy/Epilepsia	__ Yes/Si	__ No
Kidney disease/Enfermedades en los riñones	__ Yes/Si	__ No	Mental health problems/Problemas de salud mental	__ Yes/Si	__ No
Hepatitis	__ Yes/Si	__ No	Osteoporosis	__ Yes/Si	__ No
Asthma/Asma	Yes/Si	No	Other diseases/Otras enfermedades	Yes/Si	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)	Have you ever been a victim of abuse/neglect? / <i>¿Ha sido víctima de algún tipo de abuso o negligencia?</i>	___Yes/Si	___No
b)	Have you had any falls, trauma or other injury in the past year? / <i>¿Ha tenido alguna caída, trauma u otra lesión en el último año?</i>	___Yes/Si	___No
c)	What is your usual diet? / <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)	Have you lost significant weight recently? / <i>¿Ha perdido considerable peso recientemente?</i>	___Yes/Si	___No
e)	Are you currently employed? / <i>¿Actualmente tiene empleo?</i>	___Yes/Si	___No
f)	What is your occupation? / <i>¿Cuál es su ocupación?</i>	___Yes/Si	___No
g)	Do you live alone? / <i>¿Usted vive solo?</i>	___Yes/Si	___No
h)	Do your daily activities require that you stay in the sun often? / <i>¿Sus actividades diarias requieren que usted este expuesto al sol por mucho tiempo?</i>	___Yes/Si	___No
i)	Have you ever been exposed to asbestos, radiation, chemicals or fumes? / <i>¿Usted ha estado expuesto a asbestos, radiación, químicos, o gases?</i>	___Yes/Si	___No

8. SAFETY / SEGURIDAD

a)	Do you wear your seatbelt? / <i>¿Usa usted su cinturón de seguridad en su auto?</i>	___Yes/Si	___No
b)	Do you have a smoke detector at home? / <i>¿Tiene detector de humo en su casa?</i>	___Yes/Si	___No

9. FAMILY HISTORY / ANTECEDENTES DE FAMILIA

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

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

c)	Breech / recámara	___ Yes/Si	___ No
d)	Delivered in hospital / Entregado en el hospital	___ Yes/Si	___ 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>TO ENSURE THAT WE PROVIDE YOU WITH SAFE, QUALITY HEALTH CARE, IS THERE ANY OTHER INFORMATION WE SHOULD BE AWARE OF? / <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.