

**Choptank Community Health System  
New Adult Patient Form**

<b>Name/Nombre: Last/Apellido</b> _____ <b>First/Primero</b> _____
<b>Middle Initial/inicial del segundo nombre</b> _____
<b>Date of Birth/Fecha de Nacimiento</b> _____

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

<b>Who was your previous Doctor or Provider? / ¿Quien fue su médico anterior?</b>	
<b>When did you last see your previous Doctor? / ¿Cuando fue la ultima vez que vio al médico anterior?</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>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>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>Were you referred to us? / ¿Fue usted referido a nosotros?</b>	<input type="checkbox"/> <b>Yes/Si</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
<b>If so, who referred you? / ¿Quién lo refirió?</b> _____		
<b>Are you taking any prescribed, over-the-counter or herbal medicines / ¿Estas tomando medicamentos recetados, no recetados, o naturales?</b>	<input type="checkbox"/> <b>Yes/Si</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
<b>Please write the names of all the medications you take:</b> <i>Por favor escriba los nombres de todos los medicamentos que toma:</i>		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
<b>Are you allergic to any medications, food, etc.? / ¿Eres alérgico a algún medicamento, comida, etc.?</b>		
<b>If so, please list / Si es así, por favor enumere</b>		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		

**Choptank Community Health System  
New Adult Patient Form**

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

<b>What languages do you speak?</b> <i>¿Que idiomas habla usted?</i>	<input type="checkbox"/> English/Inglés	<input type="checkbox"/> Spanish/Español	<input type="checkbox"/> Creole	<input type="checkbox"/> Other/Otro
<b>What languages do you read?</b> <i>¿Que idiomas lee usted?</i>	<input type="checkbox"/> English/Inglés	<input type="checkbox"/> Spanish/Español	<input type="checkbox"/> Creole	<input type="checkbox"/> Other/Otro
<b>What is your highest level of education?</b> / <i>¿Cual es su nivel educacional?</i>	<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			
<b>How do you prefer to learn?</b> <i>¿Cual es su método preferido para aprender?</i>	<input type="checkbox"/> Person to person Sessions/uno a uno sesiones		<input type="checkbox"/> Hand-outs/ Folletos	
	<input type="checkbox"/> Audio/Visual			
<b>Do you have any special educational needs we should be aware of in the following areas?</b> / <i>¿Usted tiene algún tipo de impedimento para el aprendizaje?</i>	<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	
<b>At this time do you have any limitations or emotional barriers that may affect your ability to learn?</b> <i>¿En este momento tiene usted alguna limitación o barrera emocional que pueda limitar su habilidad de aprendizaje?</i>				<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
<b>When you are given instructions from your doctor or pharmacist, how often do you need to have someone help you?</b> <i>¿Cuando le dan instrucciones del médico o farmacéutico, con qué frecuencia usted necesita que alguien le ayude?</i>	<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**

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

<b>High blood pressure/Presión alta</b>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<b>Positive TB Skin Tests/Prueba positive de tuberculosis</b>	<input type="checkbox"/> Yes/Si
<b>Heart Disease/Enfermedad del corazón</b>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<b>Tuberculosis</b>	<input type="checkbox"/> Yes/Si
<b>Diabetes</b>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<b>Blood Transfusion/Transfusión de sangre</b>	<input type="checkbox"/> Yes/Si
<b>High Cholesterol/Colesterol alto</b>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<b>HIV Disease/SIDA</b>	<input type="checkbox"/> Yes/Si
<b>Cancer (If yes, where / En caso afirmativo, donderpo?</b>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<b>Epilepsy/Epilepsia</b>	<input type="checkbox"/> Yes/Si
<b>Kidney disease/Enfermedades en los riñones</b>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<b>Mental health problems/Problemas de salud mental</b>	<input type="checkbox"/> Yes/Si
<b>Hepatitis</b>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<b>Osteoporosis</b>	<input type="checkbox"/> Yes/Si
<b>Asthma/Asma</b>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<b>Other diseases/Otras enfermedades</b>	<input type="checkbox"/> Yes/Si

Please list additional information / Por favor enumere información adicional:

---



---



---

**Choptank Community Health System  
New Adult Patient Form**

**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.

<b>Hysterectomy / Histerectomía</b>		<b>Colectomy / Extirpación del Intestino Grueso</b>	<b>___ Yes/Si Date/Fecha:</b>
<b>Bilateral Mastectomy / Mastectomía Bilateral</b>	<b>___ Yes/Si Date/Fecha:</b>	<b>Other (please explain) / Otros (por favor, explique)</b>	
<b>Tubal Ligation / Ligadura de Trompas</b>	<b>___ Yes/Si Date/Fecha:</b>		

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

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

**8. SAFETY / SEGURIDAD**

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

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

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

**Choptank Community Health System  
New Adult Patient Form**

**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)?*

	<b>Mother</b> <i>Madre</i>	<b>Father</b> <i>Padre</i>	<b>Siblings</b> <i>Hermanos</i>	<b>Grandparents</b> <i>Abuelos</i>
<b>Cancer</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>
<b>Diabetes</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>
<b>Heart Disease / Enfermedad del corazón</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>
<b>High Cholesterol / Colesterol alto</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>
<b>High blood pressure / Presión alta</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>
<b>ADD / Trastorno por déficit de atención</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>
<b>Allergies / Alergias</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>
<b>Arthritis / Artritis</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>
<b>Asthma / Asma</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>
<b>Bleeding or Clotting Disorders / Hemorragia o Problemas de coagulación</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>
<b>Cystic Fibrosis / Fibrosis quística</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>
<b>Depression / Depresión</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>
<b>Early Deaths / Muertes tempranas</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>
<b>Genetic Disease / Enfermedad genética</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>
<b>Headache / Dolor de Cabeza</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>
<b>Hepatitis / Hepatitis</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>
<b>HIV Infection / Infección por VIH</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>
<b>Kidney Disease / Enfermedad del Riñón</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>
<b>Psychiatric / Psiquiátrico</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>
<b>Seizure Disorder / Trastorno convulsivo</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>
<b>Sickle Cell Abnormality / Anormalidad de Célula de Hoz</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>
<b>Stroke / Hemorragia Cerebral</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>
<b>Thyroid Disorder / Desorden de la tiroides</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>
<b>Tuberculosis</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>	___ <b>Yes/Si</b>

**Choptank Community Health System  
New Adult Patient Form**

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

<b>When was your last period?</b> / ¿Cuándo fue su último período?	
<b>Have you had any problems with your period recently?</b> ¿Ha tenido algún problema con su periodo recientemente?	
<b>Have you begun menopause?</b> / ¿Usted ha comenzado la menopausia?	<u>      </u> <b>Yes/Si</b>

**Pregnancy History / Historia de embarazo**

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

**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.*