

**CUESTIONARIO DEMOGRÁFICO PARA EL NUEVO PACIENTE**

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

**Raza**

- Blanco/Caucásico  Negro/Afroamericano  Asiático  Nativo Americano  
 Nativo de Alaska  Nativo Hawaiano  Nativo de las Islas del Pacífico  Otro:

\_\_\_\_\_

**Idioma Preferido:**

- Inglés  Español  Lenguaje de Señas  Otro: \_\_\_\_\_

**Origen Étnico:**

Hispano  Sí  No

**Empleo Migratorio y de Temporada:**

¿Alguna vez ha trabajado usted o alguien de su hogar en la agricultura?

- Sí  No

Durante los últimos dos años, ¿se ha mudado usted o alguien de su hogar a otra área (establecido un hogar temporal) para trabajar en la agricultura?

- Sí  No

Durante los últimos dos años, ¿ha trabajado usted o alguien de su hogar en la agricultura sin necesidad de mudarse de casa?  Sí  No

¿Ha dejado de viajar para trabajar en la agricultura usted o alguien de su hogar a consecuencia de la jubilación o una discapacidad?

- Sí  No

**Estado Civil:**

- Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Unión de Hecho

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## FORMULARIO DE ADMISIÓN PARA EL NUEVO PACIENTE

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_

¿Quién lo remitió a esta oficina? Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### **LESIÓN O PROBLEMA ACTUAL**

Motivo de la visita hoy:  Izquierdo  Derecho

Esta lesión sucedió a causa de un(a):

Accidente automovilístico

Lesión laboral

Nombre de empleador: \_\_\_\_\_

Lesión escolar o deportiva

Nombre de escuela/equipo: \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

¿Cuándo se lastimó o cuándo empezó el problema? \_\_\_\_\_

Describe brevemente cómo sucedió la lesión o problema: \_\_\_\_\_

¿Ha consultado antes con un especialista para esta condición?  Sí  No

Si es que sí, nombre del (de los) especialista(s): \_\_\_\_\_ Fecha(s) de  
tratamiento: \_\_\_\_\_

¿Qué tratamientos se ha hecho para esta condición? \_\_\_\_\_

### **VALORACIÓN DEL DOLOR**

¿Cómo es el dolor? (marque todos los que correspondan)

Agudo

Sordo

Punzante

Apagado

Pulsante

Ardiente

La mayor parte del tiempo, ¿qué tan intenso es el dolor? (0 = sin dolor, 10 = el peor dolor imaginable)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

El dolor es (marque todos los que correspondan):

Constante

Intermitente

Peor por la mañana

Peor al final del día

Peor por la noche

¿Qué otros síntomas tiene con esta condición?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moretones         | <input type="checkbox"/> Cojera                          |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón         | <input type="checkbox"/> Rigidez                         |
| <input type="checkbox"/> Bloqueo articular | <input type="checkbox"/> Entumecimiento (adormecimiento) |
| <input type="checkbox"/> Truenos           | <input type="checkbox"/> Hormigueo                       |
| <input type="checkbox"/> Inestabilidad     | <input type="checkbox"/> Otro _____                      |

¿Qué actividades empeoran los síntomas?

- |                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estar parado | <input type="checkbox"/> Torcerse         | <input type="checkbox"/> Actividades por encima de la cabeza |
| <input type="checkbox"/> Caminar      | <input type="checkbox"/> Agacharse        | <input type="checkbox"/> Toser/estornudar                    |
| <input type="checkbox"/> Escaleras    | <input type="checkbox"/> Estar sentado    |  |
| <input type="checkbox"/> Acuciillarse | <input type="checkbox"/> Ejercicio        |  |
| <input type="checkbox"/> Hincarse     | <input type="checkbox"/> Levantar objetos |  |

¿Qué es lo que mejora los síntomas o que calma el dolor?

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hielo  | <input type="checkbox"/> Ibuprofeno                |
| <input type="checkbox"/> Calor  | <input type="checkbox"/> Opiáceos                  |
| <input type="checkbox"/> Masaje | <input type="checkbox"/> Elevación                 |
| <input type="checkbox"/> Reposo | <input type="checkbox"/> Férula/aparato ortopédico |

¿Qué otros síntomas tiene hoy? (marque todos los que correspondan):

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre            | <input type="checkbox"/> Úlceras                      | <input type="checkbox"/> Alergias ambientales |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos       | <input type="checkbox"/> Tos                          | <input type="checkbox"/> Sarpullido           |
| <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos | <input type="checkbox"/> Falta de aire                | <input type="checkbox"/> Gota                 |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza   | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho               | <input type="checkbox"/> Mareos               |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de visión | <input type="checkbox"/> Latido irregular del corazón | <input type="checkbox"/> Convulsiones         |
| <input type="checkbox"/> Visión doble      | <input type="checkbox"/> Estreñimiento                | <input type="checkbox"/> Dolor al orinar      |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad          | <input type="checkbox"/> Diarrea                      | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina   |
| <input type="checkbox"/> Depresión         | <input type="checkbox"/> Sangrado                     | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide  |
| <input type="checkbox"/> Agruras           | <input type="checkbox"/> Moretones                    | <input type="checkbox"/> Otro _____           |

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS** – Enumere todas las cirugías anteriores y las fechas aproximadas.

Cirugía	Fecha de Cirugía

**ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS** – Enumere todos los medicamentos que está tomando ahora.

Medicamento	Dosis	Frecuencia


**ALERGIAS** – Enumere toda alergia confirmada, ya sea de látex, fármaco o alimento, y la reacción que tuvo.

Alergia	Reacción

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Identifique los antecedentes familiares:

- Madre    Padre    Hermana    Hermano   Antecedentes familiares de: \_\_\_\_\_  
 Edad de inicio \_\_\_\_\_ ¿Se murió a causa de esto?    Sí    No   Edad cuando se murió \_\_\_\_\_  
 Madre    Padre    Hermana    Hermano   Antecedentes familiares de: \_\_\_\_\_  
 Edad de inicio \_\_\_\_\_ ¿Se murió a causa de esto?    Sí    No   Edad cuando se murió \_\_\_\_\_  
 Madre    Padre    Hermana    Hermano   Antecedentes familiares de: \_\_\_\_\_  
 Edad de inicio \_\_\_\_\_ ¿Se murió a causa de esto?    Sí    No   Edad cuando se murió \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES SOCIALES**

- ¿Para quién trabaja? \_\_\_\_\_ ¿Ocupación? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué pasatiempos tiene? \_\_\_\_\_  
 ¿Tabaquismo?    Actualmente    Anteriormente    Nunca  
 Tipo de tabaco usado:    Cigarrillos    Puros    Tabaco de mascar/sin humo    Pipa  
 ¿Cuántas al día? (cajetillas, si son cigarrillos): \_\_\_\_\_ Si lo dejó, ¿cuándo? \_\_\_\_\_  
 ¿Toma bebidas alcohólicas?    Sí    No   Si es que sí, ¿cuántas bebidas a la semana?: \_\_\_\_\_ Tipo(s) de alcohol: \_\_\_\_\_  
 ¿Hace ejercicio?    Sí    No   Si es que sí, ¿con qué frecuencia?:    1-3 veces a la semana    3-5 veces a la semana    A diario

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

El paciente, o una persona legalmente habilitada para hacerlo, tiene que rellenar, fechar y firmar esta autorización. Si la autorización es para notas de psicoterapia, no se debe usar para ningún otro tipo de información médica protegida.

Esta información será facilitada a y/o recibida por personas que no estén sujetas a las leyes federales de privacidad de información médica. Dichas personas pueden, a su vez, facilitar la información médica protegida a terceros, y es posible que dicha información médica ya no sea protegida por las leyes federales de privacidad de información médica. Usted no está obligado a autorizar la facilitación de información.

Nombre (en letra de molde): \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a *Orthopedic Services at MCMC* a otorgar acceso verbal a la información médica protegida que se encuentre en mi actual expediente clínico para ayudarme durante el tiempo que yo reciba atención médica en las clínicas ambulatorias, las cuales incluyen *Columbia Hills Family Medicine, Columbia Crest Clinic, Columbia River Women's Center, Columbia View Clinic, River View Clinic, Columbia Crest Dermatology, Water's Edge Medical Clinic, Orthopedic Services at MCMC, Gorge Urology, Healthy Weight and Treatment Center y MCMC Occupational Health*.

Principal: \_\_\_\_\_  
(Nombre de persona que tendrá acceso) Parentesco

Secundaria: \_\_\_\_\_  
(Nombre de persona que tendrá acceso) Parentesco

Al poner mis iniciales en los espacios a continuación, autorizo específicamente el acceso a la siguiente información médica protegida, de existir tal información.

\_\_\_\_\_ Información económica, de seguro, o de facturación  
\_\_\_\_\_ Información clínica de mi expediente clínico activo

Para incluir los siguientes apartados en el acceso o facilitación de información, ya sea clínica o económica, hay que poner sus iniciales en cada uno que corresponda:

\_\_\_\_\_ Expedientes relacionados con el VIH/SIDA  
\_\_\_\_\_ Información relacionada con el análisis genético  
\_\_\_\_\_ Información sobre los diagnósticos, tratamientos o remisiones relacionados con drogas y alcohol  
\_\_\_\_\_ Información de salud mental, notas de psicoterapia (se requiere otro formulario)

Usted tiene derecho a inspeccionar o recibir una copia de la información en su expediente clínico. Tiene derecho a una copia de esta autorización. Puede revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al personal de la clínica, el cual hará el cambio en su expediente. Tiene derecho a limitar el plazo de vigencia de este acuerdo poniendo aquí una fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente) Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma de Persona Legalmente Autorizada para Firmar en Nombre del Paciente) / Parentesco Fecha: \_\_\_\_\_

**Verificación del documento de identificación de la persona a la que se le ha dado acceso.**  
Inclúyase esta autorización en el expediente clínico del paciente.