

[NP over 50 SPANISH]

De acuerdo a las leyes de Hipaa y respetando su privacidad por favor llene este formulario y se lo entrega a su enfermera. Gracias y nos disculpamos por cualquier inconveniencia que le pueda causar.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____ Altura ____ pies ____ pul.

Razón por su cita: _____

Medicamentos (Meds): (incluya todos recetados aquí y por otros médicos y cualquier vitamina) _____

PORFAVOR SEPA QUE EL MEDICAENTO RECETADO A UD HOY POR SU MEDICO QUIZAS NO SEA CUBIERTO POR SU SEGURO A EL COPAY MAS BAJO. COMO TODOS LOS SEGUROS SON DIFERENTES, SI A UD NO LE GUSTA EL PRECIO DE SU MEDICINA PORFAVOR AVERIGUE CON SU SEGURO LAS ALTERNATIVAS QUE ELLOS RECOMIENDAN A UN PRECIO MAS COMODO. PORFAVOR COMUNIQUESE CON NOSOTROS PARA QUE SU MEDICO PUEDA ESCOGER UNA ALTERNATIVA QUE LE CONVenga.

Alergias a Medicamentos (Allergies) _____

Historial Reproductivo:

¿Es usted menopáusica? Si No

Si respondió si, cuantos años tenia cuando llego a la menopausia?(Age at MP) _____

Si no es menopausica, fecha de la ultima menstruación? (LMP) _____

Si no es menopausica cual es su método anticonceptivo? (BCM) _____

¿Cuántos veces ha estado embarazada? (Incluyendo cualquier perdida o aborto) _____(G)

¿Cuántos embarazos llegaron a termino? (36-40 semanas) _____(T)

¿Cuántos fueron antes de las 35 semanas? (20-35 semanas) _____(P)

¿Cuántos abortos? _____(Ab)

¿Cuántas perdidas? _____(SAB)

¿Cuántos ectopicos? _____(Ectopic)

¿Cuántos embarazos fueron múltiples? (ex: 1 embarazo con gemelos) _____(Multiples)

¿Cuántos están vivos? _____(Living)

Historial Social:

Usted alguna vez fumó? Si ____ Cuantos fuma al dia? _____

No ____

Fecha del última Colonoscopia: _____ normal? S N

Densidad de Huesos (Dexa) : _____ normal? S N

Mamograma : _____ normal? S N

Papanicolau: _____ normal? S N