

Tenga en cuenta que podemos ayudarlo a completar CUALQUIERA o TODAS las partes de este formulario por teléfono y durante su visita. También puede omitir secciones si lo desea. Si lo desea, también podemos buscar/revisar información de sus proveedores anteriores.

Fecha: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Motivo de la visita hoy: _____

¿Cómo se enteró de nosotras?: _____

Nombre del socio/de la esposa (si corresponde): _____

Tiene hijos? _____ _____	Pasatiempos? _____ _____
Las personas más importantes de su vida? _____	Deportes? _____ _____
Mascotas? _____	Trabajo Voluntario? _____

Representante/apoderado de atención médica (para tomar decisiones de atención médica si es necesario): _____ teléfono: _____ Relación: _____

Directivas avanzadas (marque todo lo que corresponda):

- Testamento vital
- Directivas anticipadas de Oregón
- Órdenes médicas para tratamiento de soporte vital
- Se completó la documentación del representante de atención médica/poder notarial duradero para atención médica
- Otro: _____

Veterano/Veterana?

- Sí
- No

Si es veterano, ¿qué servicios médicos/de farmacia recibe de la Administración de Veteranos?

<p>Nivel educativo: ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 8vo grado o menos <input type="checkbox"/> Algo de secundaria, pero no se graduó <input type="checkbox"/> Graduado de escuela secundaria o título equivalente a posgrado <input type="checkbox"/> Alguna universidad o título de 2 años <input type="checkbox"/> Graduado universitario de 4 años <input type="checkbox"/> Más de un título universitario de 4 años <input type="checkbox"/> Prefiero no responder 	<p>Capacidad para leer en inglés. ¿Con qué frecuencia necesita ayuda para LEER o COMPRENDER instrucciones, folletos u otro material escrito en inglés de su doctor/proveedor o farmacéutico?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
--	---

Capacidad para leer en español.

¿Con qué frecuencia necesita ayuda para LEER o COMPRENDER instrucciones, folletos u otro material escrito en español de su doctor/proveedor o farmacéutico?

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- A menudo
- Siempre
- Prefiero no responder

<p>Estado de Empleo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Diiscapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado buscando trabajo <input type="checkbox"/> Subempleado buscando trabajo <input type="checkbox"/> Desempleado que no buscan trabajo <p>Empleador actual (si corresponde): _____</p>	<p>Ocupación(es): _____</p> <p>Exposiciones ocupacionales (pasadas y presentes)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ruido fuerte <input type="checkbox"/> Violencia <input type="checkbox"/> Contaminantes del aire <input type="checkbox"/> Exposiciones químicas <input type="checkbox"/> Otro _____ <p>Detalles: _____</p>
---	---

Identidad de género/pronombres (masculino, femenino, fluido, etc.): _____

Preferencia sexual (me atraen hombres, mujeres, ambos, prefiero no decirlo): _____

Preferencias culturales: _____

Idioma(s) preferido(s) y preferencias de intérprete (si corresponde): _____

¿SIEMPRE se siente seguro en su casa/lugar de residencia?

- Sí
- no

Determinantes sociales de los exámenes de salud:

En los últimos 12 meses, ¿ha estado viviendo en una vivienda estable que sea de su propiedad, que alquile o en la que se quede como parte de un hogar?

- Sí
- no
- Prefiero no responder

¿Le preocupa perder su vivienda en los proximos dos meses? (donde alquila, o su propia casa, o donde vive come parte de otra hogar)

- Sí
- no
- Prefiero no responder

En el último mes, ¿la falta de transporte le ha impedido acudir a citas médicas, reuniones, trabajar o conseguir las cosas necesarias para la vida diaria?

- Sí no En caso afirmativo, especifique: _____

Durante el último año, ¿usted o algún miembro de su familia con quien vive no ha podido obtener alguno de los siguientes servicios cuando realmente los necesitaba? (marque todas las opciones que correspondan).

<input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Medicamentos o cualquier tipo de atención médica (médica, dental, de salud mental, de la vista)	<input type="checkbox"/> Ropa <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> servicios públicos <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Cuidado infantil <input type="checkbox"/> Elijo no responder a esta pregunta
--	---	--

<p>El consumo de tabaco:</p> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> ahora <input type="checkbox"/> Antes (último uso > hace 3 meses), Fecha _____ Si es ahora o antes, ¿de qué tipo?	<p>Consumo de alcohol:</p> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Ahora <input type="checkbox"/> Antes (último uso > hace 3 meses), Fecha _____			
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> cigarrillos</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> masticar</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> vapear</td> </tr> </table> <p>¿Cuántos años? _____ Cantidad promedio por día _____</p>	<input type="checkbox"/> cigarrillos	<input type="checkbox"/> masticar	<input type="checkbox"/> vapear	<p>Si es ahora, ¿cuántos días en el último año ha tomado 4 o más tragos (si es mujer) o 5 o más tragos (si es hombre)? _____ días</p>
<input type="checkbox"/> cigarrillos	<input type="checkbox"/> masticar	<input type="checkbox"/> vapear		

Drogas: Las drogas recreativas incluyen metanfetaminas (speed, crystal), cannabis (marihuana, marihuana), inhalantes (diluyente de pintura, aerosol, pegamento), tranquilizantes (valium, benzodiazepinas), barbitúricos, cocaína, éxtasis, alucinógenos (LSD, hongos) o narcóticos (heroína). ¿Alguna vez ha consumido drogas recreativas o ha consumido algún medicamento recetado por motivos no médicos?

- Nunca
 ahora
 antes (último uso > hace 3 meses). Fecha _____ Sustancias: _____
 ahora y antes (especificar sustancias): _____
 Múltiples Antes (especificar sustancias): _____

¿Cuántas veces durante el último año ha consumido una droga recreativa o un medicamento recetado por motivos no médicos? _____

Alergias

Por favor enumere cualquier alergia que tenga en esta pagina. Por ejemplo, medicamentos, anestésicos, o alimentos.

Alergia: _____

Reacción: _____

Alergia: _____

Reacción: _____

Alergia: _____

Reacción: _____

Alergia: _____

Reacción: _____

Alergia: _____

Reacción: _____

Alergia: _____

Reacción: _____

Alergia: _____

Reacción: _____

¿Conoce su historial médico familiar?

Sí no

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

- Asma
- Enfermedad de las arterias coronarias
- Ataque cardíaco ¿Antes de los 60 años?
 Sí No
- Accidente cerebrovascular o AIT (mini accidente cerebrovascular) ¿Antes de los 60 años?
 Sí No
- Enfermedad Renal Crónica
- Intentos de suicidio
- Enfermedad mental además de ansiedad o depresión.
- Enfermedad autoinmune
- Diabetes tipo I (comienzo generalmente muy joven)
- Artritis reumatoide
- Enfermedad celíaca
- Lupus
- Enfermedad de Graves (tiroides)
- Tiroiditis de Hashimoto (tiroides)
- Esclerosis múltiple
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Miastenia gravis
- Enfermedad de Addison
- Síndrome de Sjogren
- Cáncer (especificar)
- Vejiga
- Cerebro
- Pecho
- Colón
- Riñón
- Pulmón
- Melanoma
- Páncreas
- Próstata
- Otro _____
- Otros problemas médicos: _____

Medicamentos y suplementos (medicamento, cantidad, cómo se toma):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____

Evaluación nutricional

Lo mejor que puedas recordar, enumera todos los alimentos y bebidas que ha consumido en las últimas 24 horas:

1. Desayuno: _____
2. Almuerzo: _____
3. Cena: _____
4. Snacks y bebidas: _____

Recuerde los alimentos y bebidas que consume en un día normal:

1. Desayuno: _____
2. Almuerzo: _____
3. Cena: _____
4. Snacks y bebdias: _____

¿Tiene preocupaciones sobre su peso?

- Sí no

Detalles si corresponde: _____

Evaluación de salud sexual (opcional)

¿Tiene relaciones sexuales actualmente?

- Sí no

¿Cuáles son sus planes familiares para tener hijos?

<input type="checkbox"/> Quiere tener hijos (o más hijos) lo antes posible	<input type="checkbox"/> inseguro de tener hijos (o más hijos)
<input type="checkbox"/> quiero tener hijos (o más hijos) dentro de un año	<input type="checkbox"/> Definitivamente no quiero tener hijos (o más hijos)
<input type="checkbox"/> quiero tener hijos (o más hijos) pero no hasta dentro de al menos un año más	<input type="checkbox"/> otro: _____ _____

¿Utilizas anticonceptivos?

- Sí no

Si usted o su(s) pareja(s) utilizan métodos anticonceptivos, ¿qué métodos? (marque todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/> implante anticonceptivo	<input type="checkbox"/> Diafragma	<input type="checkbox"/> Lactancia materna como método anticonceptivo
<input type="checkbox"/> DIU (dispositivo intrauterino)	<input type="checkbox"/> Esponja anticonceptiva	<input type="checkbox"/> Relaciones exteriores y abstinencia
<input type="checkbox"/> Vacuna anticonceptiva	<input type="checkbox"/> Espermacida y gel	<input type="checkbox"/> Esterilización (ligadura de trompas)
<input type="checkbox"/> Anillo vaginal anticonceptivo	<input type="checkbox"/> Gorro cervical	<input type="checkbox"/> Vasectomía
<input type="checkbox"/> Parche anticonceptivo	<input type="checkbox"/> Conciencia de fertilidad (calendario)	
<input type="checkbox"/> Pastilla anticonceptiva	<input type="checkbox"/> Retiro (método pull out)	
<input type="checkbox"/> Condón externo		
<input type="checkbox"/> Condón interno		

¿Le gustaría analizar las opciones anticonceptivas con su proveedor hoy?

- Sí no

Los riesgos más altos de infecciones de transmisión sexual son los siguientes (marque todos los que correspondan):

- Sexualmente activo menor de 25 años (riesgo de clamidia y gonorrea)
- Múltiples parejas sexuales (riesgo de clamidia, gonorrea, sífilis, tricomoniasis para las mujeres)
- Tener relaciones sexuales por dinero (riesgo de clamidia, gonorrea, sífilis, tricomoniasis para las mujeres)
- Nueva pareja sexual (riesgo de clamidia, gonorrea, sífilis, tricomoniasis para las mujeres)
- Historial de infección de transmisión sexual en los últimos 24 meses (riesgo de clamidia, gonorrea, sífilis, tricomoniasis para las mujeres)
- Tener una pareja sexual que tenga (o pueda tener) algún factor de riesgo (menor de 25 años, múltiples parejas sexuales, relaciones sexuales transaccionales, antecedentes de infección de transmisión sexual en los últimos 24 meses)

*Adicionalmente, dependiendo del riesgo, se puede comprobar el VIH y la Hepatitis B.

¿Quieres que se revisen hoy para detectar alguna infección de transmisión sexual?

- Sí no

¿Está interesado en las recetas de PreP (profilaxis previa a la exposición) contra el VIH?

- Sí no

Proyecciones únicas

Se recomienda que todos los adultos mayores de 18 años se hagan una prueba de VIH una vez.

¿Se ha revisado?

- Sí no don't know

Se recomienda que todos los adultos mayores de 18 años se hagan una prueba de detección del VHB (hepatitis B). ¿Se ha revisado? Si tiene antecedentes documentados de vacuna contra el VHB, no es necesario que lo revisen.

- Sí no no lo sé

Se recomienda que todos los adultos mayores de 18 años se hagan una prueba de detección del VHC (hepatitis C). ¿Se ha revisado?

- Sí no no lo sé

¿Alguna vez te has hecho una prueba para detectar tuberculosis?

- Sí no no lo sé

<p>¿Ronca fuerte (más fuerte que hablar)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no</p>	<p>¿Se siente frecuentemente cansado, fatigado o con sueño durante el día?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no</p>	<p>¿Alguien ha observado que usted deja de respirar, jadea o se ahoga mientras duerme?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no</p>
--	---	---

Doctor de Cabecera/Proveedor de Cabecera más reciente: _____

- Especialista _____ Nombre/Nombre comercial: _____
 ¿En qué se ayuda? _____
- Especialista _____ Nombre/Nombre comercial: _____
 ¿En qué se ayuda? _____
- Especialista _____ Nombre/Nombre comercial: _____
 ¿En qué se ayuda? _____
- Especialista _____ Nombre/Nombre comercial: _____
 ¿En qué se ayuda? _____
- Especialista _____ Nombre/Nombre comercial: _____
 ¿En qué se ayuda? _____

<p>Estancias médicas en hospitales (además de los ingresos quirúrgicos)</p> <p>razón: _____ Fecha/año: _____</p> <p>razón: _____ Fecha/año: _____</p> <p>razón: _____ Fecha/año: _____</p> <p>razón: _____ Fecha/año: _____</p> <p>razón: _____ Fecha/año: _____</p>	<p>visitas al departamento de emergencias</p> <p>razón: _____ Fecha/año: _____</p> <p>razón: _____ Fecha/año: _____</p> <p>razón: _____ Fecha/año: _____</p> <p>razón: _____ Fecha/año: _____</p> <p>razón: _____ Fecha/año: _____</p>	<p>Cirugías/Procedimientos</p> <p>Qué: _____ Fecha/año: _____</p> <p>Qué: _____ Fecha/año: _____</p> <p>Qué: _____ Fecha/año: _____</p> <p>Qué: _____ Fecha/año: _____</p> <p>Qué: _____ Fecha/año: _____</p>
<p>Próximos Cirugías/Procedimientos y fecha prevista: _____</p> <p>Próximos Cirugías/Procedimientos y fecha prevista: _____</p> <p>Próximos Cirugías/Procedimientos y fecha prevista: _____</p> <p>Próximos Cirugías/Procedimientos y fecha prevista: _____</p>		
<p>Última exploración ósea/DEXA (a menudo, 65 años o más): Fecha _____ Resultado:</p> <p><input type="checkbox"/> Normal</p> <p><input type="checkbox"/> Osteopenia</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoporosis</p> <p><input type="checkbox"/> no lo sabe</p>	<p>Si se conoce, últimos exámenes de detección de cáncer colorrectal (a menudo a partir de los 45 años):</p> <p><input type="checkbox"/> prueba inmunoquímica fecal Fecha _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cologuardia Fecha _____</p> <p><input type="checkbox"/> Colonoscopia Fecha _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otra Fecha _____</p>	<p>Hombres/Hombre asignado al nacer Examen de laboratorio para cáncer de próstata (a menudo 50 años o más):</p> <p>prueba de laboratorio del antígeno prostático específico fecho _____ resultado _____</p>
<p>Mujeres/Mujer asignada al nacer</p> <p>Última mamografía (a menudo 40+) _____ última menstruación: _____ primer periodo menstrual: _____</p>	<p>Mujeres/Mujer asignada al nacer</p> <p>Última prueba de detección de cáncer de cuello uterino (a menudo entre 21 y 65 años): Citología vaginal: _____ Infección por VPH: _____</p>	<p>Mujeres/Mujer asignada al nacer. ¿Cuántos?.....</p> <p>Embarazos: _____ Nacimientos en vivo: _____ abortos espontáneos: _____ abortos: _____ cesáreas: _____</p> <p>último período menstrual? _____</p>

¿Utiliza protector solar y/o ropa protectora contra el sol cuando sale?

N/A (no sale)

siempre (o casi siempre)

a veces

rara vez o nunca

¿Utiliza casco (cuando anda en bicicleta o maneja bicicletas, motocicletas, patines, patinetas, scooters, esquí alpino, otras cosas rápidas que no tienen bolsas de aire o protección tipo jaula)?

N/A (Yo no uso esas cosas)

siempre (o casi siempre)

A veces

rara vez o nunca

Usa cinturón de seguridad cuando viaja en coche?

N/A (no viajo en autos)

siempre (o casi siempre)

A veces

rara vez o nunca

¿Tiene detectores de humo y alarmas de monóxido de carbono que funcionen en el lugar donde vive?

N/A (Vivo afuera o en mi auto)

siempre (o casi siempre)

A veces

rara vez o nunca

Trauma o pérdida reciente (pérdida de un ser querido, pérdida de una amistad, pérdida de una familia, divorcio, pérdida del trabajo, exposición a la violencia, exposición al abuso sexual, exposición a un accidente grave, exposición a una enfermedad grave, pérdida de una función, pérdida de vivienda, etc.):

Sí

no

especifica por favor: _____

Último examen de la vista: _____

Último examen de audiencia: _____

Última visita al dentista: _____

Último control de colesterol: _____

¿Qué es importante ahora? _____

¿Cuáles son sus objetivos (a corto y largo plazo)? _____

Últimas noticias relacionadas contigo, familia, amigos. _____

Historial médico anterior (página 1 de 2): marque cualquier afección que le hayan diagnosticado, haya recibido tratamiento, haya tomado medicamentos recetados y/o esté tomando medicamentos actualmente para:

<p>General</p> <ul style="list-style-type: none"> • insomnio • síndrome de piernas inquietas <p>Endocrino</p> <ul style="list-style-type: none"> • diabetes • prediabetes • condición de la tiroides • condición paratiroidea • deficiencia de minerales o vitaminas (es decir, B, D, hierro, folato) • problema de electrolitos (es decir, potasio, sodio, magnesio) • Otro _____ <p>Cabeza/Ojos/Oídos/Nariz/Garganta</p> <ul style="list-style-type: none"> • problemas de alergia • problemas sinusales • condición ocular crónica • cataratas • degeneración macular • retinopatía • síndrome del ojo seco • glaucoma • necesita o usa gafas para leer • necesito gafas para conducir • legalmente ciego • discapacidad auditiva • necesita o usa audífonos • Herpes labial • Otro _____ <p>Pulmonar</p> <ul style="list-style-type: none"> • alguna vez le han diagnosticado tuberculosis • problemas respiratorios • asma • EPOC/enfisema • Usar oxígeno • Apnea del sueño • Utilice CPAP. ¿Última revisión?___ • Otro _____ 	<p>Cardiovascular</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos <input type="checkbox"/> latidos cardíacos irregulares <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular <input type="checkbox"/> Bloqueo cardíaco <input type="checkbox"/> Tener un marcapasos <input type="checkbox"/> Tener un desfibrilador <p>¿Última revisión? _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Problemas de las válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica <input type="checkbox"/> Venas varicosas <input type="checkbox"/> Aneurisma Aórtico <input type="checkbox"/> Problema de la arteria carótida <p>Gastrointestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acidez estomacal/reflujo ácido <input type="checkbox"/> Enfermedad ulcerosa péptica <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Náuseas y/o vómitos <input type="checkbox"/> Hernia de hiato <input type="checkbox"/> Hernia abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hernia inguinal <input type="checkbox"/> Ostomía/ileostomía <input type="checkbox"/> Problemas esofágicos <input type="checkbox"/> Dispepsia (indigestión) <input type="checkbox"/> Enfermedad del intestino irritable <input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal <input type="checkbox"/> Enfermedad de Chronn <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Cirrosis <input type="checkbox"/> Hígado graso <input type="checkbox"/> Hemocromatosis <input type="checkbox"/> Pancreatitis <input type="checkbox"/> Otro _____ <p>Genitourinario</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problema renal <input type="checkbox"/> Cálculos renales <input type="checkbox"/> Problema de vejiga <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica (ERC) <input type="checkbox"/> Estadio de ERC si se conoce _____ <input type="checkbox"/> Retención urinaria <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria <input type="checkbox"/> Tipo de incontinencia si se conoce _____ <input type="checkbox"/> Catéter de Foley <input type="checkbox"/> Pesario <input type="checkbox"/> Urostomía <input type="checkbox"/> Nefrostomía <input type="checkbox"/> Otro _____ <p>Musculoesquelético</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problemas de columna <input type="checkbox"/> Enfermedad degenerativa del disco <input type="checkbox"/> Escoliosis <input type="checkbox"/> Osteoartritis <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Fibromialgia
--	--	---

Historial médico anterior (página 2 de 2): marque cualquier afección que le hayan diagnosticado, haya recibido tratamiento, haya tomado medicamentos recetados y/o esté tomando medicamentos actualmente para:

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Osteopenia <input type="checkbox"/> Problemas articulares ¿Qué articulaciones? _____ _____ Otro _____ Piel • Condiciones crónicas de la piel • Dermatitis • Acné • Eccema • Psoriasis • Rosácea • Cáncer de piel además del melanoma • Cáncer de células escamosas • Cáncer de células basales • Queratosis actínica • Heridas que duran más de 1 mes • Herpes genital • Otro _____ Neurología • Hx de TIA (mini-ictus) • Hx de accidente cerebrovascular (CVA) • Convulsiones/Epilepsia • Dolores de cabeza frecuentes • Migrañas • Deterioro cognitivo leve • Demencia • Enfermedad de Parkinson • Parkinsonismo • Enfermedad de Alzheimer • Temblor • Neuropatía 	<ul style="list-style-type: none"> • Movimientos involuntarios • Discinesia tradicional • Esclerosis múltiple • Parálisis cerebral • Espina Bífida • ELA/Lou Gehrig Hematología/Oncología • Problema de coagulación • Historia de coágulos en pierna(s) • Historia de coágulos en los pulmones • Problema de sangrado • Anemia • Cáncer de sangre • Otro cáncer <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> suprarrenal <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> vejiga <input type="checkbox"/> Hueso <input type="checkbox"/> Cerebro <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> cervicales <input type="checkbox"/> Colón <input type="checkbox"/> endometrial <input type="checkbox"/> Esófago <input type="checkbox"/> Vesícula biliar <input type="checkbox"/> Riñón <input type="checkbox"/> hígado <input type="checkbox"/> Pulmón <input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos <input type="checkbox"/> melanoma <input type="checkbox"/> ovario <input type="checkbox"/> páncreas <input type="checkbox"/> operitoneal <input type="checkbox"/> próstata <input type="checkbox"/> rectal <input type="checkbox"/> Estómago <input type="checkbox"/> Testicular <input type="checkbox"/> Tiroides 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> útero <input type="checkbox"/> vagina <input type="checkbox"/> vulvar <input type="checkbox"/> Sitio desconocido <input type="checkbox"/> Otro _____ • Exposición a radioterapia ¿Dónde? _____ Inmunología/Autoinmune • Enfermedad autoinmune • Artritis Reumatoide • Lupus sistémico • Celíaco • Síndrome de Sjögren • Miastenia Gravis • Esclerodermia • Hepatitis autoinmune • Enfermedad de Addison • Diabetes tipo 1 • VIH • SIDA • Con medicamentos inmunosupresores (FAME, esteroides) Género • Hipertrofia Prostática Benigna • Disfunción eréctil • Herpes • VPH • Atrofia vaginal Psiquiatría • Depresión • Ansiedad • Bipolaridad • Trastorno alimentario • Esquizofrenia • Trastorno de Estrés Postraumático • Trastorno por Déficit de Atención • Trastorno de personalidad • Otro _____
--	---	---

Marque para TODOS los que se apliquen últimamente (últimos 3 a 6 meses), especialmente si es: nuevo, o cambiante (especialmente si es peor), o algo en lo que quiera cambiar

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas de memoria | <input type="checkbox"/> Rígido/Entumecido | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Caídas recientes | <input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo | <input type="checkbox"/> Estreñimiento |
| <input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Hemorroides |
| <input type="checkbox"/> Problemas de coordinación | <input type="checkbox"/> Aturdimiento | <input type="checkbox"/> Heces negras o con sangre |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para encontrar palabras | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para hablar | <input type="checkbox"/> Mareos intensos | <input type="checkbox"/> Uso frecuente de laxantes |
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza | <input type="checkbox"/> Defecación accidental/incontinencia |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Cambios en la visión | <input type="checkbox"/> Dolor o ardor al orinar |
| <input type="checkbox"/> Sudores y/o sudores nocturnos | <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina |
| <input type="checkbox"/> Sentirse enfermo | <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Orina accidental |
| <input type="checkbox"/> Sentirse con poca energía | <input type="checkbox"/> Luces intermitentes | <input type="checkbox"/> Inicio lento para orinar |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Moscas volantes | <input type="checkbox"/> Orinar con frecuencia |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso sin intentarlo (al menos 10 libras en 6 meses o menos) | <input type="checkbox"/> Dolor ocular | <input type="checkbox"/> Orinar de noche: # de veces/noche ____ |
| <input type="checkbox"/> Aumento de peso sin intentarlo (al menos 10 libras en 6 meses o menos) | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz | <input type="checkbox"/> Dificultad para llegar al baño a tiempo |
| <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Ojos que pican | <input type="checkbox"/> Sexo doloroso |
| <input type="checkbox"/> Ronquidos fuertes | <input type="checkbox"/> Supuración ocular | <input type="checkbox"/> Problemas con el sexo |
| <input type="checkbox"/> Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Ojos secos | <input type="checkbox"/> Dolor en los senos |
| <input type="checkbox"/> Orinar en exceso | <input type="checkbox"/> Problemas en los párpados | <input type="checkbox"/> Secreción en los senos |
| <input type="checkbox"/> Mayor sensibilidad al frío o al calor | <input type="checkbox"/> Cambios en la audición | <input type="checkbox"/> Bulto en los senos |
| <input type="checkbox"/> Infecciones o resfriados frecuentes | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos | <input type="checkbox"/> Sarpullido |
| <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad | <input type="checkbox"/> Problemas de audición | <input type="checkbox"/> Urticaria |
| <input type="checkbox"/> Sangrado con facilidad | <input type="checkbox"/> Dolor de oído | <input type="checkbox"/> Decoloración de la piel |
| <input type="checkbox"/> Mayor dificultad para hacer ejercicio o realizar actividades | <input type="checkbox"/> Supuración del oído | <input type="checkbox"/> Nuevos problemas en la piel |
| <input type="checkbox"/> Falta de aliento | <input type="checkbox"/> Sensación de oído lleno | <input type="checkbox"/> Cambios en los lunares en la piel |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Cambio en el olfato | <input type="checkbox"/> Úlceras/heridas |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales | <input type="checkbox"/> Picazón |
| <input type="checkbox"/> Sibilancia | <input type="checkbox"/> Dolor de nariz | <input type="checkbox"/> Problemas en las uñas |
| <input type="checkbox"/> Tos con sangre | <input type="checkbox"/> Nariz seca | <input type="checkbox"/> Pérdida de cabello inusual |
| <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Congestión nasal | <input type="checkbox"/> Sentirse deprimido o triste |
| <input type="checkbox"/> Espujo adicional (saliva/moco) | <input type="checkbox"/> Congestión o llenura de los senos nasales | <input type="checkbox"/> Sentirse desesperanzado |
| <input type="checkbox"/> Descripción del esputo _____ | <input type="checkbox"/> Dolor de los senos nasales | <input type="checkbox"/> Sentirse impotente |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones del corazón | <input type="checkbox"/> Cambio en el gusto | <input type="checkbox"/> Sentirse ansioso |
| <input type="checkbox"/> Aleteo del corazón | <input type="checkbox"/> Hinchazón de los labios | <input type="checkbox"/> Sentirse nervioso o deprimido |
| | <input type="checkbox"/> Lengua Hinchazón | <input type="checkbox"/> No disfrutar de las actividades |
| | <input type="checkbox"/> Sangrado de encías | <input type="checkbox"/> Problemas de relación |
| | <input type="checkbox"/> Problemas de encías | <input type="checkbox"/> Mayor estrés |
| | <input type="checkbox"/> Lengua dolorida | |
| | <input type="checkbox"/> Boca dolorida | |
| | <input type="checkbox"/> Problemas dentales | |

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Latidos cardíacos saltados | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Pensamientos de suicidio |
| <input type="checkbox"/> No puede respirar cuando está acostado | <input type="checkbox"/> Sensación de equino, cambios en la voz | <input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados |
| <input type="checkbox"/> Necesita almohadas adicionales | <input type="checkbox"/> Bultos en el cuello | <input type="checkbox"/> Ver cosas que otros no ven |
| <input type="checkbox"/> Dedos de las manos o de los pies azules | <input type="checkbox"/> Hinchazón del cuello | <input type="checkbox"/> Escuchar cosas que otros no ven |
| <input type="checkbox"/> Dedos de las manos o de los pies fríos | <input type="checkbox"/> Problemas para tragar | <input type="checkbox"/> Mayor emotividad |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón en las manos | <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Cambios de humor |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón en los pies | <input type="checkbox"/> Vómitos | MUJERES |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón en las piernas | <input type="checkbox"/> Eructos excesivos | <input type="checkbox"/> Sequedad vaginal |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Exceso de pedos | <input type="checkbox"/> Sangrado vaginal |
| <input type="checkbox"/> Rigidez en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Indigestión | <input type="checkbox"/> Dolor vaginal |
| <input type="checkbox"/> Movimiento alterado de las articulaciones o de la columna vertebral | <input type="checkbox"/> Acidez estomacal/reflujo | <input type="checkbox"/> Picazón vaginal |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón de las articulaciones | <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito | <input type="checkbox"/> Secreción vaginal anormal |
| | <input type="checkbox"/> Cambios en los hábitos intestinales | HOMBRES |
| | | Secreción del pene |
| | | <input type="checkbox"/> Dolor en el pene |
| | | <input type="checkbox"/> Picazón en el pene/testículo |
| | | <input type="checkbox"/> Bulto testicular |
| | | <input type="checkbox"/> Dolor testicular |

Otros síntomas:

Detección de depresión

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia.	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión.	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario—muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho mas de lo normal.	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

Detección de ansiedad

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

Cribado de Soledad (Escala De Jong Gierveld)

Experimento una sensación general de vacío.

Sí Más o menos no

Extraño tener gente a mi alrededor

Sí Más o menos no

A menudo me siento rechazado

Sí Más o menos no

Hay muchas personas en las que puedo confiar cuando tengo problemas.

Sí Más o menos no

Hay muchas personas en las que puedo confiar plenamente.

Sí Más o menos no

Hay suficientes personas con las que me siento cercano

Sí Más o menos no

Preguntas adicionales Solo para adultos mayores de 65 Años

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS: Una caída se define como CUALQUIER cambio involuntario de posición que resulte en quedar parado en el suelo o en un nivel inferior

- Me he caído en el último año
- Me he caído en el último año y me he lesionado
- Me he caído en los últimos 3 meses
- NO me he caído en el último año

Si se trata de caídas en el último año, ¿cuántas? _____ Describa las circunstancias _____

Evaluación nutricional (marque todas las opciones que correspondan):

- Tengo una enfermedad o condición que me hace cambiar el tipo y/o la cantidad de alimentos que como
- Como menos de 2 comidas al día
- No como muchas frutas, verduras o productos lácteos
- Tomo 3 o más tragos de cerveza, licor o vino casi todos los días
- Tengo problemas dentales o bucales que me dificultan comer
- No siempre tengo suficiente dinero para comprar los alimentos que necesito
- Como solo la mayor parte del tiempo
- Tomo 3 o más medicamentos recetados o de venta libre por día
- Sin quererlo, he perdido o ganado 10 libras o más en los últimos 6 meses
- No siempre soy físicamente capaz de comprar, cocinar y/o alimentarme por mí mismo
- NINGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES SE APLICA A MI CASO**

Ayuda con las actividades de la vida diaria: ¿necesita ayuda con alguna de estas? (marque ✓ todas las opciones que correspondan)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bañarse | <input type="checkbox"/> Trasladarse |
| <input type="checkbox"/> vestirseDressing | <input type="checkbox"/> Continencia |
| <input type="checkbox"/> ir al baño | <input type="checkbox"/> Alimentación (no preparación de alimentos) |

¿Han notado usted u otras personas algún problema o cambio en su memoria o función cerebral últimamente?

- Sí no