



Evaluación de la salud e información sobre el seguro

Llene el siguiente formulario y llévelo a su primera cita. Su proveedor tendrá que revisar su evaluación de la salud con usted. O puede enviarnos el formulario llenado por correo a la dirección de Optum que se indica en la parte superior de la Carta de Bienvenida (la primera página).

Gracias por elegir a Optum. Será un placer atenderle.

Información general

_____ / _____ / _____
Apellido del paciente Nombre Inicial del 2.º nombre Fecha de nacimiento

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ha incluido la orientación sexual y la identidad de género en sus requisitos de recopilación de datos. Esta información ayudará a los proveedores a mejorar la salud de la población de sus pacientes al prestar servicios para el cuidado de la salud centrados en el paciente y culturalmente competentes.

Sexo al nacer: Masculino Femenino Ambiguo
(Género asignado en su certificado de nacimiento original).

Se identifica como: Masculino Femenino Masculino a femenino Femenino a masculino
(Identidad de género actual). Otro No contesta

Pronombre preferido: Masculino (él) Femenino (ella) Género neutral (elle)
(El pronombre o la serie de pronombres con los que quisiera que se refieran a usted cuando hablen con o sobre usted).

Orientación sexual: Heterosexual Homosexual Lesbiana Bisexual Desconocida Otra No contesta
(El género por el que siente atracción).

Antecedentes médicos del paciente

Fecha del último examen físico: _____ Nombre del proveedor anterior: _____

Dirección del proveedor: _____

Antecedentes (personales y alergias): ¿Tuvo alguna de las siguientes enfermedades?

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Amputación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema/EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarampión/paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caídas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias (que no sean a los medicamentos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colapso nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ostomías _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/Sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque cardíaco/infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer sitio: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra enfermedad cardíaca (Insuficiencia cardíaca crónica/enfermedad de las arterias coronarias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmias cardíacas marcapasos: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Úlceras estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACV/AIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Enfermedad vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hábitos personales:

1. ¿Fumó alguna vez? Sí No Si respondió Sí, ¿es un fumador habitual? Sí No
2. ¿Usó tabaco para mascar? Sí No Si respondió Sí, cantidad de años _____
3. ¿Bebe alcohol habitualmente? Sí No Si respondió Sí, ¿con qué frecuencia? _____
4. ¿Alguna vez consumió algo de lo siguiente? Marihuana LSD Heroína Cocaína Anfetaminas Otro

_____ / _____ / _____
 Apellido del paciente Nombre Inicial del 2.º nombre Fecha de nacimiento

Operaciones: Enumere e indique el año aproximado.

Lesiones graves: Indique las lesiones y las fechas aproximadas.

Hospitalizaciones: (no por operaciones)
 Indique las razones y las fechas aproximadas.

Exámenes/pruebas de diagnóstico:

Último examen/prueba: **Fecha:** **Lugar/Proveedor:**

Examen de la vista: _____

Examen de los pies: _____

Vacunas: (Indique la fecha) Hepatitis B _____ Gripe _____ Poliomielitis _____

Fiebre tifoidea _____ Viruela _____ Tétano _____ Antineumocócica _____ Varicela _____

Antecedentes familiares	Si está vivo		Si falleció	
	Edad	Salud: Buena, Regular o Mala	Edad al morir	Causa
Padre				
Madre				
Hermanos				
Hermanos				
Hermanas				
Hermanas				
Esposo				
Esposa				
Hijos				
Hijas				

Marque si algún familiar consanguíneo tiene o tuvo algo de lo siguiente e indique su parentesco:

	Sí	No	Parentesco con usted		Sí	No	Parentesco con usted
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tendencia a hemorragias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Pólipos intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad congénita del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Migraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Colapso nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Úlceras estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
				Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
				Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Apellido del paciente

Nombre

Inicial del 2.º nombre

____/____/____

Fecha de nacimiento

Medicamentos que toma actualmente:

<input type="checkbox"/> Medicamento para las sibilancias/asma	<input type="checkbox"/> Píldoras para dormir/tranquilizantes
<input type="checkbox"/> Aspirina, Bufferin®, Anacin®, Tyleno® o productos similares	<input type="checkbox"/> Medicamento para la tiroides
<input type="checkbox"/> Píldoras para la presión arterial	<input type="checkbox"/> Medicamento digestivo/para el estómago
<input type="checkbox"/> Cortisona, prednisona	<input type="checkbox"/> Píldoras para bajar de peso
<input type="checkbox"/> Medicamento para la tos	<input type="checkbox"/> Anticoagulantes o Coumadin®
<input type="checkbox"/> Digitálicos o medicamentos para el corazón	<input type="checkbox"/> Dilantin® o medicamentos para las convulsiones
<input type="checkbox"/> Hormonas	<input type="checkbox"/> Diuréticos
<input type="checkbox"/> Insulina o píldoras para la diabetes	<input type="checkbox"/> Antibióticos
<input type="checkbox"/> Medicamentos para la anemia	<input type="checkbox"/> Fenobarbital/barbitúricos
<input type="checkbox"/> Laxantes	<input type="checkbox"/> Vitaminas
	<input type="checkbox"/> Otros medicamentos de venta con y sin receta

Nombre de la farmacia: _____

Dirección de la farmacia: _____

Número de teléfono de la farmacia: _____

Indique cada medicamento; su dosis y la frecuencia con que lo toma, incluidas las vitaminas y los suplementos a base de hierbas.

Medicamento	Dosis	¿Con qué frecuencia?	¿Cuándo comenzó?

¿Es alérgico a algún medicamento? Sí No Si respondió sí, indique los medicamentos y las reacciones.

Medicamento	Reacción

_____ / _____ / _____
 Apellido del paciente Nombre Inicial del 2.º nombre Fecha de nacimiento

Antecedentes sociales/de estilo de vida:

¿Vive con alguien en su residencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió Sí, indique el nombre y la relación:
Tipo de residencia		<input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Tráiler o casa rodante <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Un piso <input type="checkbox"/> Dos piso <input type="checkbox"/> Centro de vida asistida Facility Nombre del centro _____ <input type="checkbox"/> Other _____
Equipo médico duradero:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Silla de ruedas _____ Oxígeno _____ Andador _____ Nebulizador _____ Bastón _____ CPAP/BIPAP _____ Otro _____
¿Puede costear sus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió No, es posible que haya programas de asistencia al paciente disponibles.
¿Transporte proporcionado por?		

Antecedentes nutricionales:

Peso actual: _____ libras. Estatura actual: _____ pies _____ pulgadas
 ¿Tuvo cambios en el peso en los últimos 6 meses? Sí No

Plan alimentario actual: _____

Ejercicio/actividad:

Actividad actual:	Frecuencia:
-------------------	-------------

Limitaciones físicas: _____

Actividades de la vida diaria:

¿Necesita ayuda para bañarse o higienizarse?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió Sí, explique: _____ _____ _____
¿Necesita ayuda en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió Sí, explique: _____ _____ _____
¿Necesita ayuda para comer?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió Sí, explique: _____ _____ _____
¿Tiene pérdida de la audición?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usa aparatos auditivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del último examen de audición: _____

Comentarios y notas adicionales: _____

Historial de servicios preventivos

_____ / _____ / _____
 Apellido del paciente Nombre Inicial del 2.º nombre Fecha de nacimiento

Pervicios preventivos	Fecha en que se recibió	Hallazgos y recomendaciones
Medición (Densidad) de Masa Ósea		
Examen de detección de enfermedades cardiovasculares Colesterol LDL ECG	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia <input type="checkbox"/> Otro: _____ Resultados del ECG: _____
Pruebas de detección de cáncer colorrectal Sigmoidoscopia flexible Enema de bario Colonoscopia (no de alto riesgo) Examen de sangre oculta en heces	_____ _____ _____ _____	
Prueba de detección de la diabetes HgA1c Examen de los pies Examen de la vista	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Otro: _____
Examen de detección del glaucoma		<input type="checkbox"/> Glaucoma
Prueba de Papanicolau y examen pélvico		
Pruebas de detección de cáncer de próstata Tacto rectal (DRE) Prueba del Antígeno Prostático Específico (PSA)		
Mamografía de detección Autoexamen de senos Mamografía		

Declaración para rehusarse a un procedimiento que prolongue la vida (Testamento Vital)

- Hice esa declaración.
 NO hice esa declaración.

Apoderado para el Cuidado de la Salud (La persona que usted elige para que tomar decisiones sobre la atención de salud por usted si usted no puede hablar por sí mismo).

- He elegido a un Apoderado para el Cuidado de la Salud.
 NO he elegido a un Apoderado para el Cuidado de la Salud.

Poder Duradero (Documento legal que nombra a una persona que puede tomar decisiones si usted no puede hacerlo).

- He designado un poder legal duradero para decisiones sobre atención de la salud.
 NO he designado un Poder Duradero para decisiones sobre atención de la salud.

Nombre del paciente en letra de molde _____ Firma _____ Fecha ____/____/____

Fecha de revisión: _____ Firma del proveedor: _____