

HILLSBORO CLINIC

Excellence in Primary Care



356 SE 9th Ave.
Hillsboro, OR 97123
www.hillsboroclinic.com
503-681-4366 (Phone)
503-681-4374 (Fax)

Dr. Marc Lewis Anne Dunne, FNP Caitlin Hale PA-C

Patient: _____ DOB: _____

Gracias por asistir a su examen anual de mantenimiento de la salud. Dependiendo de su plan de seguro médico, puede recibir beneficios preventivos con un copago reducido o sin copago. Nos gustaría aclarar los servicios cubiertos como beneficios preventivos y lo que puede y no puede realizarse durante su visita para evitar cargos adicionales.

Servicios cubiertos:

- Examen centrado en edad y género.
- Consejos para la prevención de enfermedades y una vida saludable
- Discusiones sobre factores de riesgo previamente identificados (es decir, de fumar)
- Pruebas de laboratorio/imágenes para detectar enfermedades que pueda padecer en riesgo debido a la edad, el sexo o el estilo de vida
 - Los laboratorios están LIMITADOS a detectar condiciones que aún no se han diagnosticado.
- Vacunas estándar basadas en la edad

Servicios no cubiertos:

- Nuevos problemas que requieren medicamentos recetados
- Nuevos problemas que requieren pruebas de laboratorio, imágenes u otra evaluación
 - Esto incluye laboratorio para verificar el estado de las condiciones actuales.
- Procedimientos menores (es decir, eliminación de marcas en la piel, tratamiento de verrugas)
- Problemas crónicos que requieren estrategias de manejo y cambios en el plan de atención.
- Vacunas específicas para viajar

Puede programar una cita por separado para abordar nuevos problemas o condiciones crónicas inestables. Por otro lado, si programa una cita para una visita de mantenimiento de la salud y tiene inquietudes adicionales, es posible que su proveedor quiera centrarse primero en sus inquietudes y posponer las visitas de mantenimiento de la salud hasta otra cita. Los problemas no preventivos podrían generar cargos adicionales por la prueba o la visita al consultorio. En muchos casos, brindamos más que los requisitos básicos para brindar una atención más completa. Tenga en cuenta que este folleto no define completamente nuestras inclusiones y exclusiones.

Como paciente de la Clínica Hillsboro, entiendo que todos y cada uno de los cargos asociados con el costo de un examen físico de rutina de mantenimiento de la salud pueden no estar cubiertos por mi compañía de seguro médico si hablo de cualquiera de los servicios no cubiertos mencionados anteriormente con mi proveedor durante el examen. También entiendo que es posible que el seguro NO cubra todas y cada una de las pruebas de diagnóstico solicitadas por mi proveedor y realizadas como resultado de problemas de salud actuales discutidos durante mi examen. Si mi seguro no cubre estos servicios, es posible que se me considere financieramente responsable de los cargos relacionados con estos servicios.

Name: _____ Date: _____



Cuestionarios sociales: Encierra en un círculo o escribe tus respuestas.

Marital Status: Casado No Casado Divorciado Viudo Other _____

Cuantos hijos tienes? _____

Cual es tu ocupación? _____

¿Con quién vives actualmente? _____

Planificación avanzada de la atención:

¿Tiene un poder médico? Si No

¿Tiene usted una directiva anticipada? Si No

ejercicio:

¿Cuál es tu nivel de ejercicio? de nada ocasional moderada pesada

¿Cuántas veces por semana haces ejercicio (días por semana)? <1 1-2 3-4 5-7

dieta: Califica tus hábitos de alimentación saludable. Excelente Bueno Justo Pobre

¿Qué tipo de dieta sigues? Regular vegetariano vegano GF Diabetes

¿Fuma o ha fumado tabaco? SI NO

¿Consumes alguna forma de tabaco o nicotina? tipo:

¿A qué edad empezaste a fumar?

¿Cuándo dejaste de fumar?

Pantalla auditiva: (50 años y más)

¿Tiene problemas para oír cuando otros no? SI NO

Te esfuerzas por escuchar y comprender las conversaciones? you strain to hear/
understand conversations? SI NO

Examen de control de la vejiga: (50 años y más)

¿Tiene algún problema con la pérdida de orina? SI NO

¿Le gustaría discutir opciones? SI NO

Preguntas sobre el sueño (30 años o más):

¿Tu sueño es suficiente? SI NO ¿Cuántas horas duermes? _____

¿Tomas siestas? SI NO ¿Con qué frecuencia? Regularmente Ocasional

¿roncas? SI NO ¿Tienes apnea del sueño? SI NO

¿Tienes somnolencia diurna? SI NO

¿Tomas algún medicamento para dormir? SI NO

¿Son útiles los medicamentos? SI NO N/A



Historial médico personal: Circule cualquier condición que tenga

| | | | |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------------|
| ADD/ADHD | Alcoholism | Allergies/Hayfever | Anemia |
| Anxiety Disorder | Arthritis | Asthma | Birth Defects/Inherited |
| Blood diseases | Breast Cancer | Cancer: _____ | Colon Cancer |
| Congestive Heart Failure | Dementia/Alzheimer's | Depression | Development/Behavioral Disorder |
| Diabetes: Type _____ | Eczema (Chronic Rash) | Headaches (Migraines) | Heart Disease (Valve) |
| Heart Disease (Attack) | Heart Rhythm Problems | High Cholesterol | High Blood Pressure |
| High Thyroid Levels | Low Thyroid Levels | Infertility | Kidney Disease |
| Obesity | Osteoporosis | Ovarian Cancer | Polyps (colon) |
| Seizures/Epilepsy | Skin Cancer | Stroke | Thrombophilias (bleeding disorder) |

Por favor enumere cualquier alergia nueva.:

Indique si le han recetado algún medicamento nuevo de otros proveedores?

Proporcione cualquier otro especialista del que reciba atención activamente y qué tipo de atención recibe.

Nombre y especialidad/tipo de proveedor:

Tipo de cuidado:

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9 Spanish)

| Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿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 más 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 |

FOR OFFICE CODING 0 + + +
 =Total Score:

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

| | | | |
|--|---|---|--|
| No ha sido difícil <input type="checkbox"/> | Un poco difícil <input type="checkbox"/> | Muy difícil <input type="checkbox"/> | Extremadamente difícil <input type="checkbox"/> |
|--|---|---|--|

GAD-7

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

Ningún día

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

(Marque con un “ ” para indicar su respuesta)

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 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 |

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____ + _____)

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

Substance Screening

Circula tus respuestas Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____

Con qué frecuencia consumió bebidas alcohólicas durante el último año??

Nunca mensual o menos 1-2 veces al mes 2-3 veces por semana 4+ veces al mes

Cuántas bebidas que contienen alcohol tomó en un día normal cuando bebía durante el año pasado?

0 1 or 2 3 or 4 5 or 6 7 to 9 10+

Con qué frecuencia tomó 6 tragos o más en una ocasión durante el año pasado?

Nunca menos de mensual mensual semanalmente casi diario a diario

Riesgo de caída constante (circule su respuesta)

| | | |
|--|-----|----|
| Te has caído en el último año?? | Si | NO |
| Utiliza o le han recomendado utilizar bastón o andador? | Si | NO |
| A veces te sientes inestable al caminar? | Si | NO |
| Se siente estable agarrándose de los muebles cuando camina por casa? | YES | NO |
| Te preocupa caer? | YES | NO |
| Necesitas empujar con las manos para levantarte de una silla? | YES | NO |
| Tiene problemas para subirse a la acera? | YES | NO |
| A menudo tienes que correr al baño? | YES | NO |
| Has perdido algo de sensación en tus pies? | YES | NO |
| Toma medicamentos que a veces le provocan mareos o más cansancio de lo habitual? | YES | NO |
| Toma medicamentos para ayudarlo a dormir o mejorar su estado de ánimo?? | YES | NO |
| A menudo te sientes triste o deprimido? | YES | NO |