

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 E. LEWIS DR. MEENAKSHI AGGARWAL ANNE DUNNE, DNP MELINDA SANFILIPPO, FNP

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

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

Cubierto por un seguro:

- en examen centrado en la edad/género
- dando consejos para la prevención de enfermedades y una vida saludable
- una discusión sobre factores de riesgo previamente identificados (i.e. de fumar)
- pruebas de laboratorio/imagenología para detectar enfermedades por las cuales usted puede estar en riesgo debido a su edad, sexo o estilo de vida
- una inmunización estándar basada en la edad

No cubierto por el seguro:

- nuevos problemas que requieren pruebas de laboratorio, imágenes u otra evaluación
- nuevos problemas que requieren medicamentos recetados
- procedimientos menores (i.e. eliminación de la cabeza de vena, tratamiento de verrugas)
- problemas crónicos que requieren evaluación, estrategias de manejo y posiblemente cambios en la medicación.
- inmunización específica para viajar

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

Como paciente de la Hillsboro Clinic, entiendo que cualquiera y todos los cargos asociados con el costo de un examen físico de mantenimiento de salud de rutina pueden no estar cubiertos por mi compañía de los servicios no cubiertos mencionados anteriormente con mi proveedor durante el examen. También entiendo que todas las pruebas de diagnóstico ordenadas por mi proveedor y realizadas como resultado de problemas de salud actuales discutidos durante mi examen pueden no estar cubiertas por mi seguro. Si mi seguro no cubre estos servicios, puedo ser responsable financieramente de los cargos relacionados con estos servicios.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

HILLSBORO CLINIC

Excellence in Primary Care



356 SE 9th Ave
 Hillsboro, OR 97213
 www.HillsboroClinic.com
 503.681.4366 (phone)
 503.681.4374 (fax)

DR. MARC E. LEWIS DR. MEENAKSHI AGGARWAL ANNE DUNNE, DNP MELINDA SANFILIPPO, FNP

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Cuestionario Anual:

Una vez al año, a todos nuestros pacientes se les pide que completen este formulario porque el consumo de drogas, el consumo de alcohol y el estado de ánimo pueden afectar su salud y los medicamentos que puede tomar. Ayúdenos a brindarle la mejor atención médica respondiendo las siguientes preguntas.

¿Se encuentra actualmente en recuperación por consumo de alcohol o sustancias?

- Sí No

ALCOHOL: una bebida =  12 oz. cerveza  5 oz. vino  1.5 oz. el licor espíritu

	Ninguno	1 o más
LAS HOMBRES: ¿Cuántas veces en el último año tomaste 5 o más bebidas en un día?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LAS MUJER: ¿Cuántas veces en el último año tomaste 4 o más bebidas en un día?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LAS DROGAS: Las drogas recreativas incluyen metanfetaminas (crystal, arribas), cannabis (mota, yerba), inhalantes (diluyente de pintura, el aerosol, el pegamento), tranquilizantes (Valium), barbitúricos, cocaína, alucinógenos (el Acido, hongos), o narcóticos (heroína, chiva).

	Ninguno	1 o más
¿Cuántas veces en el último año ha usado una droga recreativa o un medicamento recetado por razones no médicas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ESTADO ANIMICO:

	Ninguno	1 o más
Durante las últimas dos semanas, ¿le ha molestado poco interés o placer en hacer las cosas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante las últimas dos semanas, ¿le ha molestado sentirse deprimido, deprimido o desesperado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

HILLSBORO CLINIC

Excellence in Primary Care



356 SE 9th Ave
Hillsboro, OR 97213
www.HillsboroClinic.com
503.681.4366 (phone)
503.681.4374 (fax)

DR. MARC E. LEWIS DR. MEENAKSHI AGGARWAL ANNE DUNNE, DNP MELINDA SANFILIPPO, FNP

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Formulario de admisión del paciente para examen físico anual

Alergias a medicamentos:

Por favor enumere cualquiera a continuación.

En el último año, ¿fue hospitalizado, lesionado o tuvo una cirugía?

Si es así, ¿qué y cuándo?

Historia social:

Estado civil: _____

Tipo de empleo: _____

Tus niños: _____

¿Fumas?

Si es así, ¿qué, cuánto y por cuánto tiempo?

¿Bebes alcohol?

Si es así, ¿qué y cuánto por semana?

¿Usas drogas recreativas?

Si es así, ¿qué, cuánto por semana y por cuánto tiempo?

Declaración anticipada de Tratamiento:

Si tiene más de 70 años, ¿tiene una declaración anticipada de tratamiento/testamento/poder de representación legal para la atención médica?

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Revisión de la salud corporal:

¿Tiene alguno de los siguientes problemas y enfermedades?

el dolor de cabeza	___ Sí	___ No	el alcoholismo	___ Sí	___ No
visión borrosa	___ Sí	___ No	la artritis	___ Sí	___ No
el dolor de pecho	___ Sí	___ No	el cáncer	___ Sí	___ No
las palpitaciones	___ Sí	___ No	la diabetes	___ Sí	___ No
el vahído	___ Sí	___ No	la demencia	___ Sí	___ No
la falta de aliento	___ Sí	___ No	enfermedad del corazón	___ Sí	___ No
hinchazón de piernas/manos	___ Sí	___ No	enfermedad del riñon	___ Sí	___ No
el cansancio	___ Sí	___ No	enfermedad del hígado	___ Sí	___ No
la acidez estomacal	___ Sí	___ No	pulso irregular	___ Sí	___ No
las náuseas	___ Sí	___ No	la obesidad	___ Sí	___ No
la diarrea	___ Sí	___ No	enfermedad pulmonar	___ Sí	___ No
sangre en el excremento	___ Sí	___ No	dolor crónico	___ Sí	___ No
el dolor de la articulación	___ Sí	___ No	cambios en la piel	___ Sí	___ No
los temblores	___ Sí	___ No	las convulsiones	___ Sí	___ No
sudoración excesiva	___ Sí	___ No	el derrame cerebral	___ Sí	___ No
la incontinencia (el excremento/la orina)	___ Sí	___ No	enfermedad de tiroides	___ Sí	___ No

Pérdida de la audición:

1. ¿Tiene problemas para escuchar la televisión o la radio cuando otros no? ___ Sí ___ No
2. ¿Te esfuerzas por escuchar / entender conversaciones? ___ Sí ___ No

Prevención de caídas:

¿Te caes con frecuencia? ___ Sí ___ No

Si es así, ¿tienes...

alfombras en el pasillo? ___ Sí ___ No barras de sostén en el baño? ___ Sí ___ No
 mala iluminación? ___ Sí ___ No barandillas de escalera? ___ Sí ___ No

Ejercicio:

¿Cada cuanto te ejercitas?

diario: ___ 4-5 días por semana: ___ 2-3 días por semana ___ 1 día por semana ___ ninguno ___

¿Tipo de ejercicio?

caminar: ___ correr: ___ bicicleta: ___ gimnasio: ___ trabajar en el jardín/casa: ___ otro: ___

El modo de comer:

¿Cómo son tus hábitos alimenticios saludables?: excelente ___ bien ___ razonable ___ mal ___ ninguno ___

Tipo del modo de come::

baja en carbohidratos ___ baja en sal ___ bajo en grasa/colesterol ___ porciones pequeñas ___

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Salud del sueño:

¿Es suficiente tu sueño? _____ Sí _____ No ¿Cuántas horas por noche? _____
¿siestas? _____ Sí _____ No ocasional ___ regular ___
¿ronquidos? _____ Sí _____ Ninguno
¿apnea? _____ Sí _____ Ninguno
¿somnolencia diurna? _____ Sí _____ No
¿medicamentos que ha probado? _____ Sí _____ No
nombres de medicamentos:

¿Eficaz? _____ Sí _____ No parcialmente _____
detalles:

La incontinencia:

1. ¿Pérdidas de orina después de toser, reírse, estornudar o hacer actividad física? _____ Sí _____ No
2. ¿Le gustaría discutir las opciones de tratamiento? _____ Sí _____ No

HILLSBORO CLINIC

Excellence in Primary Care



356 SE 9th Ave
 Hillsboro, OR 97213
 www.HillsboroClinic.com
 503.681.4366 (phone)
 503.681.4374 (fax)

DR. MARC E. LEWIS DR. MEENAKSHI AGGARWAL ANNE DUNNE, DNP MELINDA SANFILIPPO, FNP

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)

Fecha: _____

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?
 (Por favor circule claramente su respuesta)

	Ninguno	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sin interés ni placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Sentirse deprimido, deprimido o desesperado.	0	1	2	3
3. Problemas para conciliar el sueño, quedarse dormido o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o sin energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo, o sentir que es un fracaso, o sentir que decepcionó a su familia	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión	0	1	2	3
8. Muévete o habla tan despacio que otros lo noten. O lo contrario: estar inquieto y moverse más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o pensamientos de hacerse daño	0	1	2	3

CANTIDAD TOTAL:

10. Si ha marcado algún problema, ¿qué tan difícil le han dificultado hacer su trabajo, cuidar las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?	No es nada difícil _____ Levemente difícil _____ Muy difícil _____ Extremadamente difícil _____
--	--

HILLSBORO CLINIC

Excellence in Primary Care



356 SE 9th Ave
 Hillsboro, OR 97213
 www.HillsboroClinic.com
503.681.4366 (phone)
503.681.4374 (fax)

DR. MARC E. LEWIS DR. MEENAKSHI AGGARWAL ANNE DUNNE, DNP MELINDA SANFILIPPO, FNP

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Historia familiar

Trastorno	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija	Otro
El alcoholismo							
La anemia							
La artritis							
El asma							
Defectos de nacimiento							
El trastorno de sangrar							
Cáncer de mama							
Cáncer de cuello uterino							
Cáncer de colon							
Insuficiencia cardíaca congestiva							
Cardiopatía isquémica							
La depresión							
La diabetes							
La presión alta							
El colesterol alto							
la insuficiencia renal/riñón							
Enfermedad pulmonar/respiratoria							
La migraña							
La osteoporosis							
Las convulsiones							
Alergias severas							
El derrame cerebral							
Trastorno de tiroides							
El melanoma							
La obesidad							
Otro cáncer							
Cáncer de ovarios							
Cáncer uterino							

