

**HEALTH CENTER
NEW PATIENT or ANNUAL WELLNESS VISIT FORM**

Name/Nombre: Last/APELLIDO _____ First/Primero _____ Middle/Segundo _____		
Date/Fecha _____	Date of Birth/Fecha de Nacimiento _____	

1. CURRENT LIST OF CARE PROVIDERS, HOSPITALS UTILIZED AND SUPPLIERS / LISTA ACTUAL DE MÉDICOS, HOSPITALES Y PROVEEDORES UTILIZADOS

1a	Who was your previous Doctor? / ¿Quién fue su médico anterior?	
1b	When did you last see your previous Doctor? / ¿Cuándo fue la última vez que vio al médico anterior?	
1c	What are the names of specialists you have seen within the past year? / ¿Cuáles son los nombres de los especialistas que ha visto en el último año?	
1d	What are the names of any agencies or companies that provide you with medical equipment or services? / ¿Cuáles son los nombres de las compañías o agencias que le proveen a usted equipos o servicios médicos?	
1e	Which hospitals or emergency rooms have you been admitted to in the past year? / ¿En cuáles hospitales o salas de emergencia ha sido ingresado en el último año?	

2. REFERRED BY AND MEDICATIONS / REFERIDO Y MEDICAMENTOS

2a	Who referred you? / ¿Quién lo refirió?		
2b	Are you taking any prescribed, over-the-counter or herbal medicines / ¿Estas tomando medicamentos recetados, no recetados, o naturales?	___ Yes/Si	___ No
2c	Please write the names of ALL of the medications you take/ Por favor escriba los nombres de todos los medicamentos que toma: _____		
2d	Which pharmacies do you obtain your medications from? / ¿En qué farmacias usted obtiene sus medicamentos? _____		
2e	Are you allergic to any medications, food, etc.? / ¿Eres alérgico a algún medicamento, comida, etc.?	___ Yes/Si	___ No

3. LEARNING NEEDS AND HEALTH LITERACY ASSESSMENT / NECESIDADES DE FORMACIÓN Y ALFABETIZACIÓN PARA EVALUACIÓN DE SALUD

3a	What languages do you speak? / ¿Que idiomas habla usted?	___ English/Ingles	___ Spanish/Español	___ Creole	___ Other/Otro
3b	What languages do you read? / ¿Que idiomas lee usted?	___ English/Ingles	___ Spanish/Español	___ Creole	___ Other/Otro
3c	What is your highest level of education? / ¿Cual es su nivel educacional?	___ Grade 1-6/Primaria	___ Grade 7-12/ Secundaria	___ College/ Pre-Universitario	___ None/Ningún
3d	How do you prefer to learn? / ¿Cual es su método preferido para aprender?	___ Person to person Sesiones/uno a uno		___ Hand-outs/ Folletos	___ Audio/Visual

**HEALTH CENTER
NEW PATIENT or ANNUAL WELLNESS VISIT FORM**

3e	Do you have any special educational needs we should be aware of in the following areas? / ¿Usted tiene algún tipo de impedimento para el aprendizaje? (<input type="checkbox"/> Hearing/Auditivo) (<input type="checkbox"/> Sight/Visual) (<input type="checkbox"/> Speech/Verbal) (<input type="checkbox"/> Spiritual/Espiritual) (<input type="checkbox"/> Cultural beliefs/Creencias Culturales) (<input type="checkbox"/> None/Ninguno) If Yes, please explain/En caso afirmativo, por favor explique _____		
3f	At this time do you have any limitations or emotional barriers that may affect your ability to learn? / ¿En este momento tiene usted alguna limitación o barrera emocional que pueda limitar su habilidad de aprendizaje?	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
3g	4. When you are given instructions from your doctor or pharmacist, how often do you need to have someone help you? / ¿Cuando le dan instrucciones del médico o farmacéutico, con qué frecuencia usted necesita que alguien le ayude? (<input type="checkbox"/> Never/Nunca) (<input type="checkbox"/> Rarely/Raramente) (<input type="checkbox"/> Sometimes/A Veces) (<input type="checkbox"/> Often/A Menudo) (<input type="checkbox"/> Always/Siempre)		

4. FUNCTIONAL ASSESSMENT / EVALUACIÓN DE FUNCION

Do you have difficulty doing any of the following things for yourself? / ¿Usted tiene alguna dificultad haciendo alguna de las siguiente actividades?	Bathing/ Bañarse	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Shopping/ Ir de Compras	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
	Dressing/ Vestirse	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Feeding/ Alimentarse	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No

5. PAST MEDICAL HISTORY / HISTORIA MEDICA

Do you have or have you ever had any of the following? / ¿Usted tiene o alguna vez a tenido?

High blood pressure/Presión alta	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Positive TB Skin Tests/Prueba positive de tuberculosis	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Heart Disease/Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Blood Transfusion/Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
High Cholesterol/Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	HIV Disease/SIDA	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Cancer (If yes, where / En caso afirmativo, donderpo?	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Epilepsy/Epilepsia	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Kidney disease/Enfermedades en los riñones	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Mental health problems/Problemas de salud mental	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Asthma/Asma	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Other diseases/Otras enfermedades	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No

6. PAST SURGICAL HISTORY / ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Have you had any of the following surgeries? If so, indicate the date. / ¿Ha tenido cualquiera de las siguientes cirugías? En caso afirmativo, indicar la fecha.			
Hysterectomy / Histerectomía		Colectomy / Extirpación del Intestino Grueso	
Bilateral Mastectomy / Mastectomía Bilateral		Other (please explain) / Otros (por favor, explique)	
Tubal Ligation / Ligadura de Trompas			

**HEALTH CENTER
NEW PATIENT or ANNUAL WELLNESS VISIT FORM**

7. Patient History / *HISTORIA DEL PACIENTE*

a)	Have you ever been a victim of abuse/neglect? / <i>¿Ha sido víctima de algún tipo de abuso o negligencia?</i>	___Yes/Si	___No
b)	Have you had any falls, trauma or other injury in the past year? / <i>¿Ha tenido alguna caída, trauma u otra lesión en el último año?</i>	___Yes/Si	___No
c)	What is your usual diet? / <i>¿Cual es su dieta usual?</i> ___Regular, ___Low Salt/Baja en sal, ___Atkins/Dieta Atkins, ___Low cholesterol/Baja en colesterol ___Vegetarian/Vegetariana, ___Other/Otra _____		
d)	Have you lost significant weight recently? / <i>¿Ha perdido considerable peso recientemente?</i>	___Yes/Si	___No
e)	Are you currently employed? / <i>¿Actualmente tiene empleo?</i>	___Yes/Si	___No
f)	What is your occupation? / <i>¿Cuál es su ocupación?</i>		
g)	Do you live alone? / <i>¿Usted vive solo?</i>	___Yes/Si	___No
h)	Do your daily activities require that you stay in the sun often? / <i>¿Sus actividades diarias requieren que usted este expuesto al sol por mucho tiempo?</i>	___Yes/Si	___No
i)	Have you ever been exposed to asbestos, radiation, chemicals or fumes? / <i>¿Usted ha estado expuesto a asbestos, radiación, químicos, o gases?</i>	___Yes/Si	___No

8. TOBACCO ASSESSMENT / *EVALUACIÓN DEL USO DEL TABACO*

***NOTE: UPDATE NEXT 3 QUESTIONS (a, b, c) IN SCREENING-TOBACCO USE TABS LOCATED UNDER HCN CLINIC TEAM IEHR FORM OR QUALITY MEASURES FORM:**

a)	Do you smoke? / <i>¿Fumas?</i>	___Yes/Si	___No
b)	Do you chew nicotine-containing products, use nasal snuff, or use moist powdered tobacco? / <i>¿Mastica productos que contienen nicotina, o usa tabaco nasal, o usa tabaco húmedo en polvo?</i>	___Yes/Si	___No
c)	Do you smoke electronic cigarettes or vaporizers? <i>¿Fumas cigarrillos o vaporizadores electrónicos?</i>	___Yes/Si	___No

9. SAFETY / *SEGURIDAD*

a)	Do you wear your seatbelt? / <i>¿Usa usted su cinturón de seguridad en su auto?</i>	___Yes/Si	___No
b)	Do you have a smoke detector at home? / <i>¿Tiene detector de humo en su casa?</i>	___Yes/Si	___No

10. FAMILY HISTORY / *ANTECEDENTES DE FAMILIA*

a)	Mother/Madre	() Living/Vive	() Deceased/Fallecida Cause/Causa _____
b)	Father/Padre	() Living/Vive	() Deceased/Fallecido Cause/Causa _____
c)	Siblings/Hermanos	Number living/Cuantos viven _____	Number Deceased/ ¿Cuantos han fallecido? _____

HEALTH CENTER
NEW PATIENT or ANNUAL WELLNESS VISIT FORM

d) Has anyone in YOUR Family had any of the following (parents, grandparents, brothers or sisters)? / ¿Alguien en su familia ha tenido cualquiera de los siguientes (padres, abuelos, hermanos o hermanas)?

		Mother/ Madre	Father/ Padre	Sibling/ Hermanos	Grandparents /Abuelos
Cancer	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__
Diabetes	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__
Heart Disease / Enfermedad del corazón	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__
High Cholesterol / Colesterol alto	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__
Hypertension/ Hipertensión o alta presión	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__
ADD / Trastorno por déficit de atención	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__
Allergies / Alergias	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__
Arthritis / Artritis	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__
Asthma / Asma	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__
Bleeding/Clotting Disorders / Hemorragia / Problemas de coagulación	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__
Cystic Fibrosis / Fibrosis quística	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__
Depression / Depresión	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__
Early Deaths / Muertes tempranas	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__
Genetic Disease / Enfermedad genética	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__
Headache / Dolor de Cabeza	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__
Hepatitis / Hepatitis	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__
HIV Infection / Infección por VIH	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__
Kidney Disease / Enfermedad del Riñón	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__
Psychiatric / Psiquiátrico	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__
Seizure Disorder / Trastorno convulsivo	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__
Sickle Cell Abnormality / Anormalidad de Célula de Hoz	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__
Stroke / Hemorragia Cerebral	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__
Thyroid Disorder / Desorden de la tiroides	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__
Tuberculosis	No__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__	Yes/Si__

**HEALTH CENTER
NEW PATIENT or ANNUAL WELLNESS VISIT FORM**

WOMEN'S HISTORY / *HISTORIA MEDICA (MUJERES)*

a) When was your last period? / ¿Cuándo fue su último período?	
b) Have you had any problems with your period recently? / ¿Ha tenido algún problema con su periodo recientemente?	
c) Have you begun menopause? / ¿Usted ha comenzado la menopausia?	___ Yes/Si ___ No

d) Pregnancy History / *Historia de embarazo*

How many times have you been pregnant? / ¿Cuántas veces ha estado embarazada?	
How many full term pregnancies have you had? / ¿Cuántos embarazos de término han tenido?	
How many premature pregnancies have you had? / ¿Cuántos embarazos prematuros han tenido?	
How many abortions have you had? / ¿Cuántos abortos ha tenido?	
How many miscarriage(s) have you had? / ¿Cuántos abortos naturales ha tenido?	
How many ectopic pregnancies have you had? / ¿Cuántos embarazos ectópicos ha tenido?	
How many of your children are living? / ¿Cuántos de sus hijos están vivos?	

11. RESEARCH STUDY / *ESTUDIO DE INVESTIGACION*

May we contact you if we find a research study that could be of benefit to you? / ¿Te podemos contactar si nos encontramos con un estudio de investigación que podría ser beneficioso para usted?	___ Yes/Si	___ No ___ I am not sure/ <i>No estoy seguro</i>
---	------------	--

12. SELF ASSESSMENT OF HEALTH STATUS / *AUTO EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD*

On a scale of 1-10 where 10 is perfect health and 1 is poor health, how would you grade your health status? / En la escala del 1-10, donde 10 es la salud perfecta y 1 es mal estado de salud, ¿cómo se califica usted su estado de salud?	_____
Level of motivation to improve health / Grado de motivación para mejorar la salud	

13. ADVANCE DIRECTIVES / *DECLARACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA*

Do you have an Advance Directive or a Living Will? / ¿Tienes una directiva avanzada o testamento?	___ Yes/Si	___ No
Who have you designated to make health care decisions for you if you are unable to make them? / ¿A quién ha designado para tomar decisiones médicas en caso de que usted no pueda hacerlas?		

<p>TO ENSURE THAT WE PROVIDE YOU WITH SAFE, QUALITY HEALTH CARE, IS THERE ANY OTHER INFORMATION WE SHOULD BE AWARE OF? / <i>¿para asegurarnos de que reciba un servicio médico seguro y de calidad, hay alguna información adicional que nos pueda brindar?</i></p> <hr/>	___ Yes/Si ___ No
---	--------------------------

THIS FORM IS ONLY TO ASSIST OUR STAFF IN INFORMATION GATHERING. INFORMATION WILL BE EXTRACTED FROM THIS FORM AND SUMMARIZED IN YOUR ELECTRONIC MEDICAL RECORD. / Esta forma es solo para ayudar a nuestro personal en la recolección de información. la información será extraída de esta forma y resumida en su registro medico electrónico.