

FORMULARIO DE ADMISIÓN CAROLINA ELITE WOMEN'S CARE CHART# \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos y dosis actuales: \_\_\_\_\_

**Historia Ginecológica:** Marque con un círculo No o Sí

1er día del último período: (XX/XX/XXXX) ____/____/____	Fecha de la última prueba de Papanicolaou: (XX/XX/XXXX) ____/____/____
Método que está utilizando actualmente para prevenir el embarazo:	Historia de pruebas de Papanicolaou anormales: <b>Si / No</b>
Cuántos días fluyes:	Vacuna contra el VPH: <b>Si / No</b>
Frecuencia de flujo en días:	Historia de quistes ováricos: <b>Si / No</b>
Períodos dolorosos: <b>Si / No</b>	Historia de los fibromas: <b>Si / No</b>
Sangra entre períodos: <b>Si / No</b>	Historia de la endometriosis: <b>Si / No</b>
	¿Está planeando un embarazo en el futuro? <b>Si / No</b>

**Historia Obstétrica:** ¿Cuántos embarazos en total ha tenido? \_\_\_\_\_ Cuántos fueron: Término completo \_\_\_\_\_, Prematuro \_\_\_\_\_, Abortos espontáneos \_\_\_\_\_, Abortos \_\_\_\_\_

**Embarazos Pasados:**

Fecha de nacimiento (XX/XX/XXXX)	Lugar	¿Cuántas semanas?	Anestesia	Duración del de parto	¿Vaginal o cesárea?	Peso del bebé (s)	Sexo del bebe	Complicaciones

**Historia Familiar:** Indique QUIEN y M (lado de la madre) o P (lado del padre)

7. Cáncer: TIPO? \_\_\_\_\_ QUIEN? \_\_\_\_\_ LADO M/P? \_\_\_\_\_
8. Diabetes: TIPO? \_\_\_\_\_ LADO M/P? \_\_\_\_\_
9. Endometriosis: TIPO? \_\_\_\_\_ LADO M/P? \_\_\_\_\_
10. Enfermedad cardíaca / problemas cardíacos antes de los 55 años: QUIEN? \_\_\_\_\_ LADO M/P? \_\_\_\_\_
11. Presión alta / derame cerebrovascular: QUIEN? \_\_\_\_\_ LADO M/P? \_\_\_\_\_
12. Cualquier otro problema médico importante: QUIEN? \_\_\_\_\_ LADO M/P? \_\_\_\_\_

**Historia Social:**

**Dieta y ejercicio:** Marque la respuesta /correspondiente a continuación

4. ¿Qué tipo de dieta estás siguiendo? Regular / Vegetariano / Vegano / Sin gluten / Específico / Carbohidrato / Cardíaco / Diabético
5. ¿Cuál es su nivel de ejercicio? Ninguno / Ocasional / Moderado / Pesado
6. ¿Cuántos días de ejercicio moderado a extenuante, como una caminata rápida, hizo en los últimos 7 días? \_\_\_\_\_

Actividades de la vida diaria: **Comprueba la respuesta correcta**

SI

NO

¿Puede cuidarse a sí mismo?		
¿Estás ciega o tienes dificultades para ver?		
¿Es usted sordo o tiene serias dificultades para oír?		
¿Tiene dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones?		
¿Tiene dificultad para caminar o subir escaleras?		
¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?		
¿Tiene dificultad para hacer recados solo?		
¿Puedes caminar? (Si no es así, agregue sus restricciones)_____		
¿Tiene dificultades con el transporte?		
¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado? _____		
¿Está trabajando actualmente?		

Uso de Sustancias - circule y complete la respuesta correcta

14. ¿Fuma o ha fumado tabaco alguna vez? Nunca / Exfumador / Fumador actual todos los días / Fumador actual algún día
15. ¿Alguna vez ha consumido alguna otra forma de tabaco o nicotina? SI / NO
16. Fecha de su examen de detección de tabaquismo más reciente: (XX/XX/XXXX) \_\_\_\_\_
17. ¿Nivel de consumo de alcohol? Ninguno / Ocasional / Moderado / Pesado
18. ¿Usa drogas ilícitas o recreativas? SI / NO
19. ¿Nivel de consumo de cafeína? Ninguno / Ocasional / Moderado / Pesado

Directivas Avanzadas

20. ¿Tiene una directiva avanzada? SI / NO
21. ¿Es aceptable la transfusión de sangre en caso de emergencia? SI / NO

Matrimonio y sexualidad

22. ¿Cuál es su estado civil? Desconocido / Casado / Soltero / Divorciado / Separado / Viudo / Pareja de hecho / Otro
23. ¿Eres sexualmente activo? SI / NO
24. ¿Cuántos hijos tiene actualmente? \_\_\_\_\_

Historia Social

25. ¿Tiene alguna inquietud acerca de una enfermedad de transmisión sexual o pruebas? SI / NO
26. ¿Está usted o algún otro miembro de su familia en una situación de abuso? SI/ NO

**Historia Quirúrgica – Por favor liste todo hospitalizaciones, cirugías o cirugías ambulatorias SIN EMBARAZO:**

Fecha (xx/xx/xxxx)	Lugar/ Hospital	Razon	Doctor

**Historial Médico:** marque la respuesta / correspondiente a continuación

¿Está siendo tratado por otro médico por alguna enfermedad, afección o cirugía? \_\_\_\_\_

Proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_

Fecha de la última mamografía \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

¿Vacuna contra el tétanos en los últimos 10 años? SI \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Ha recibido la vacuna contra la influenza este año? SI \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Le han revisado el colesterol en los últimos 5 años? SI: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una colonoscopia? SI: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una densitometría ósea? SI: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Verifique si actualmente tiene o alguna vez tuvo alguna de las siguientes afecciones:

<input type="checkbox"/> Abuso/ violencia doméstica	<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Enfermedad / problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Cáncer de seno	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Síndrome de ovario poliquístico
<input type="checkbox"/> ART/ FIV o FET	<input type="checkbox"/> Cáncer (tipo?)	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Historia del VIH	<input type="checkbox"/> ETS
<input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento o enfermedad hereditaria	<input type="checkbox"/> Depresión / depresión posparto	<input type="checkbox"/> Historia de la anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/> Derame cerebral
<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en piernas o pulmones.	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas de riñón o vejiga	<input type="checkbox"/> Problemas tiroideos
<input type="checkbox"/> Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/> Endometriosis	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Trauma / Violencia

Otro: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## FARMACIA

Agregue la farmacia que le gustaría tener registrada. Por favor complete AMBOS el nombre y la dirección a continuación.

Gracias.

Nombre \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Farmacia:

Dirección de la Farmacia:

## CORREO ELECTRÓNICO DEL PORTAL DEL PACIENTE

Proporcione una dirección de correo electrónico preferida para acceder a su portal de pacientes

## DIRECCION DE CORREO DEL PACIENTE

## ¿COMO ESUCHASTE DE NOSTROS?