



Formularios para pacientes nuevos

Datos demográficos

Primer nombre: _____

Segundo nombre: _____

Apellido(s): _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Idioma preferido: _____

Número de Seguro Social (SSN): _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Sexo asignado al nacer:

Masculino

Femenino

Identidad de género:

Masculino

Mujer transgénero/Mujer trans/De hombre a mujer

Categoría de género adicional u otra (especifique): _____

Femenino

De género no binario, ni exclusivamente masculino ni femenino.

Prefiero no especificar

Hombre transgénero/Hombre trans/Mujer a hombre

Orientación sexual:

Heterosexual o heterosexual

Bisexual

No lo sé

Lesbiana, gay u homosexual

Algo más, por favor descríbelo: _____

Prefiero no especificar

Estado de embarazo:

Embarazada

Posiblemente embarazada

No estoy embarazada

Fecha de la última menstruación (MM/DD/AAAA): _____

Fecha presunta de concepción (MM/DD/AAAA): _____

Fecha estimada de parto (MM/DD/AAAA): _____

Intención de embarazo:

Quiero quedar embarazada el próximo año.

No estoy segura de querer quedar embarazada el próximo año.

No tengo ningún deseo de quedar embarazada el próximo año.

No aplicable

Tengo sentimientos encontrados sobre quedar embarazada el próximo año.



Formularios para pacientes nuevos

Raza:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Prefiero no especificar |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | | |

Etnia:

- Hispano o latino (por favor especifique): _____ Prefiero no especificar
- No hispano ni latino

Información de contacto en caso de emergencia

Primer nombre: _____

Segundo nombre: _____

Apellido(s): _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Relación: _____

¿Desea designar a un familiar u otra persona con quien el médico pueda hablar sobre su estado de salud? En caso afirmativo, ¿a quién? Doy mi autorización para que mi información de salud protegida sea divulgada con el fin de comunicar resultados, hallazgos y decisiones de atención a la(s) persona(s) que se enumeran a continuación:

Nombre completo	Relación con el paciente	Número de contacto

Lista de proveedores de consultoría(Por favor, enumere todos los proveedores de atención médica actuales que te brindan atención médica regularmente).

Nombre del proveedor	Especialidad	Dirección	Teléfono de la oficina



Formularios para pacientes nuevos

Farmacia preferida

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Revisión médica

Alergias(Por favor, enumere todas las alergias a medicamentos, alimentos y factores ambientales).

Alérgeno	Fecha de inicio	Reacción

Lista de medicamentos actuales(Por favor, enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos que esté tomando actualmente).

Nombre del medicamento (especifique la forma farmacéutica: comprimido, cápsula, polvo, etc.)	Dosificación	Ruta	Frecuencia	Médico prescriptor, si lo hubiera

Las opciones de ruta incluyen: oral, que es cuando una persona ingiere un medicamento / intraocular, o en el ojo / intraótico, o en el oído / nasal, o a través de la nariz / sublingual, o debajo de la lengua / bucal, entre las encías y la mejilla / inhalación o nebulización, o inhalado a través del sistema respiratorio / enteral, que es cuando una persona recibe el medicamento directamente en su tracto digestivo / rectal, o a través del recto / vaginal, o a través de la vagina / transdérmica, o a través de la piel / subcutánea, o debajo de la piel / intramuscular, o mediante una inyección en un músculo / intravenosa, o en una vena / intraarterial, o en una arteria / intraósea, o en la médula ósea

Historial médico previo

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Hipertensión (Presión arterial alta) |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas/Abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Cáncer (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica |
| <input type="checkbox"/> Artritis (osteoartritis y/o artritis reumatoide) | <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia (colesterol alto) | |
| | <input type="checkbox"/> Trastornos del espectro autista | |



Formularios para pacientes nuevos

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Esquizofrenia y/u otros trastornos psicóticos

- Depresión
- Ataque
- Diabetes

Otro (especifique):

Historial quirúrgico/de hospitalización

Procedimiento/Motivo de la hospitalización	Fecha del procedimiento/hospitalización	Nombre del hospital	Complicaciones

Antecedentes médicos familiares

Relación	Afección médica	Edad de inicio	Edad actual	Edad al fallecer y causa de la muerte

Por favor, incluya información sobre sus hijos, sus hermanos y hermanas, su madre, (por parte materna: tías, tíos, abuelos), su padre, (por parte paterna: tías, tíos, abuelos).

Pruebas de detección preventiva (Por favor, traiga copias de los resultados si las tiene disponibles).

- ¿Cuándo fue su última ecografía de aorta abdominal? _____ Nunca
- ¿Cuándo fue su última tomografía computarizada de tórax de baja dosis sin contraste? _____ Nunca
- ¿Cuándo fue su última densitometría ósea (DEXA)? _____ Nunca
- ¿Cuándo fue su última colonoscopia/colonografía por TC/prueba de laboratorio de ADN FIT (Cologuard)/sigmoidoscopia flexible/prueba de laboratorio de sangre oculta en heces? (Por favor, especifique la prueba de detección de cáncer de colon que se realizó) _____ Nunca
- ¿Cuándo fue tu última prueba de detección de ETS? _____ Nunca
- Específico para hembras ¿Cuándo fue su última mamografía? _____ Nunca/No aplica
- Específico para hembras ¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou? _____ Nunca/No aplica
- Específico para hembras ¿Cuándo te hiciste la última prueba del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR)? _____ Nunca/No aplica
- Específico para machos ¿Cuándo se realizó su última prueba de antígeno prostático específico (PSA)? _____ Nunca/No aplica
- Específico para la diabetes ¿Cuándo fue su último examen de retina para detectar retinopatía diabética? _____ Nunca/No aplica



Formularios para pacientes nuevos

Queja principal:

Principales motivos de la visita de hoy:

Evaluación del dolor (durante los últimos 7 días):

Localización(es) del dolor:

Intensidad: En una escala del 0 al 10, donde 0 es ningún dolor y 10 es el peor dolor que puedas imaginar, ¿cuánto te duele?

Dolor actual ___/10 Peor dolor ___/10 Mejor dolor ___/10

¿El dolor es constante?

 Sí No

¿Qué tipo de dolor?

 Agudo: Repentino, intenso. Calambres/Opresión/Sensación de constricción: Como una presión. Dolor sordo/persistente: persistente, profundo, menos intenso. Hormigueo/Picazón: Sensación de pinchazos y agujas. Ardor/Caliente/Abrasador: Intenso. Roer: Persistente, molesto. Punzante/Perforante/Disparador: Intenso, localizado o que se irradia a lo largo de una trayectoria. Picazón: Sensación enloquecedora. Palpitante/Pulsivo: Rítmico. Otro (especifique): _____

Inicio, duración y variaciones:

¿Qué alivia el dolor?

Revisión de sistemas realizada por el paciente:(Seleccione todas las opciones que correspondan a los últimos 7 días)

Constitucional (General)

 Fiebre Cambios en la visión (visión borrosa, visión doble) Dificultad para tragar (disfagia) Escalofríos dolor de ojos llagas en la boca Fatiga enrojecimiento de los ojos

Respiratorio

 Pérdida o aumento de peso inexplicables pérdida de audición Tos sudores nocturnos Zumbido en los oídos (tinnitus) Dificultad para respirar

HEENT (Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz, Garganta)

 dolores de cabeza Congestión nasal/sinusal Sibilancias Mareo Secreción nasal/sinusal Dolor en el pecho al respirar traumatismo craneal Hemorragias nasales Producción de esputo (flema) Dolor de garganta

Cardiovascular

Formularios para pacientes nuevos

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Dificultad para iniciar o controlar el flujo de orina | <input type="checkbox"/> pérdida de cabello |
| <input type="checkbox"/> Presión en el pecho | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina | <input type="checkbox"/> Cambios de uñas |
| <input type="checkbox"/> opresión en el pecho | Neurológico | Sistema musculoesquelético (MSK) |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones (aceleración del ritmo cardíaco) | <input type="checkbox"/> dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda |
| <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón en las piernas (edema) | <input type="checkbox"/> Entumecimiento | <input type="checkbox"/> dolor articular |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las piernas al caminar (claudicación) | <input type="checkbox"/> Estremecimiento | <input type="checkbox"/> Hinchazón o rigidez articular |
| Gastrointestinal (GI) | <input type="checkbox"/> Debilidad en brazos o piernas | <input type="checkbox"/> Calambres o debilidad muscular |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Convulsiones | Sistema hematológico/linfático (sangre/ganglios linfáticos) |
| <input type="checkbox"/> Calambres abdominales | <input type="checkbox"/> temblores | <input type="checkbox"/> Aparición fácil de moretones o sangrado |
| <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Dificultad con la memoria o la concentración | <input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos inflamados |
| <input type="checkbox"/> vómitos | Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Antecedentes de coágulos sanguíneos |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Ansiedad | Endocrino (Hormonal) |
| <input type="checkbox"/> Constipación | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor o al frío |
| <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Cambios de humor | <input type="checkbox"/> Sed o hambre excesivas |
| <input type="checkbox"/> Indigestión | <input type="checkbox"/> trastornos del sueño | <input type="checkbox"/> Cambios en el cabello o la piel |
| <input type="checkbox"/> Sangre en las heces | <input type="checkbox"/> Pensamientos de hacerse daño a uno mismo o a los demás. | Inmunología/Alergias |
| <input type="checkbox"/> taburetes negros | Sistema tegumentario (piel) | <input type="checkbox"/> Alergias alimentarias, a medicamentos o estacionales |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito | <input type="checkbox"/> sarpullido | <input type="checkbox"/> Antecedentes de infecciones frecuentes |
| Sistema genitourinario (GU) | <input type="checkbox"/> Picor | |
| <input type="checkbox"/> Dolor o ardor al orinar (disuria) | <input type="checkbox"/> Urticaria | |
| <input type="checkbox"/> Micción frecuente (frecuencia) | <input type="checkbox"/> lesiones cutáneas | |
| <input type="checkbox"/> Sed excesiva (polidipsia) | <input type="checkbox"/> Cambio de lunares | |
| | <input type="checkbox"/> Piel seca | |

Planificación de cuidados avanzados

¿Ha completado alguno de los siguientes documentos? (Por favor, traiga una copia si la tiene disponible).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Poder notarial duradero para la atención médica (DPAHC) | <input type="checkbox"/> Se ha identificado a un representante para la toma de decisiones (de manera informal o formal) (por favor, incluya el nombre del representante): |
| <input type="checkbox"/> Testamento vital | _____ |
| <input type="checkbox"/> Directiva anticipada combinada | |
| <input type="checkbox"/> POLST (Órdenes médicas para tratamientos de soporte vital) | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

Evaluación de riesgos para la salud

En general, ¿cómo describiría su estado de salud?

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Bien | <input type="checkbox"/> Pobre |
| <input type="checkbox"/> Muy bien | <input type="checkbox"/> Justo | |



Formularios para pacientes nuevos

Examen de la vista

1. ¿Necesita gafas graduadas para ver?

Sí

No

Evaluación de riesgos para la visión en adultos:

	Sí	No
¿Tiene usted algún familiar consanguíneo con glaucoma?	1	0
¿Algún médico le ha tratado o le ha diagnosticado glaucoma?	1	0
¿Alguna vez ha sufrido una lesión ocular o se ha sometido a una cirugía ocular?	1	0
¿Has notado algún cambio en tu visión en los últimos 12 meses?	1	0
¿Sufre usted de dolor persistente en el ojo o a su alrededor?	1	0
¿Eres negro, hispano o latino y tienes más de 40 años?	1	0
¿Tiene usted más de 65 años?	1	0
¿Tienes diabetes?	1	0
Si usted padece diabetes, ¿su último examen ocular con dilatación de pupilas fue hace más de un año?	1	0

Pruebas de audición

1. ¿Necesita o utiliza audífonos (aparato electrónico que se usa dentro o detrás de la oreja para sordos o personas con dificultad auditiva)?

Sí

No

Autoevaluación de ASHA para la pérdida auditiva:

	Sí	No
¿Tiene problemas para oír por teléfono?	1	0
¿Oyes mejor por un oído que por el otro cuando hablas por teléfono?	1	0
¿Te cuesta entender cuando dos o más personas hablan al mismo tiempo?	1	0
¿La gente se queja de que subes demasiado el volumen del televisor?	1	0
¿Tienes que esforzarte para entender lo que dice la gente?	1	0
¿Tienes problemas para oír en lugares ruidosos?	1	0
¿Tienes problemas para oír en los restaurantes?	1	0
¿Tiene mareos, dolor o zumbido en los oídos?	1	0
¿Les pides a las personas que repitan lo que dijeron?	1	0
¿Algunos familiares o compañeros de trabajo te dicen que no estás escuchando lo que dicen?	1	0
¿Muchas de las personas con las que hablas parecen murmurar o no hablan con claridad?	1	0
¿Tienes dificultades para comprender a las mujeres y a los niños?	1	0
¿La gente se molesta porque no entiendes lo que dicen?	1	0

Formularios para pacientes nuevos

Evaluación de la salud mental:

Cuestionario de Salud Personal-9 (PHQ-9):

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado alguno de los siguientes problemas?	De nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
Sentirse triste, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado.	0	1	2	3
Sentirse cansado o tener poca energía	0	1	2	3
Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
Sentirse mal consigo mismo o pensar que es un fracaso o que ha decepcionado a sí mismo o a su familia.	0	1	2	3
Dificultad para concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión.	0	1	2	3
Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo hayan notado. O lo contrario, estar tan inquieto o nervioso que te hayas movido mucho más de lo habitual.	0	1	2	3
Pensamientos de que estarías mejor muerto o de hacerte daño.	0	1	2	3

Si marcaste algún problema, ¿cuánto te han dificultado estos problemas realizar tu trabajo, ocuparte de las cosas en casa o llevarte bien con otras personas?

No es nada difícil

Muy difícil

Un poco difícil

Extremadamente difícil

Trastorno de ansiedad generalizada de 2 ítems (GAD-2):

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia has estado? ¿Le molesta alguno de los siguientes problemas?	De nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No poder dejar de preocuparse ni controlar la preocupación.	0	1	2	3

Escala de Estrés Percibido 4 (PSS-4):

Durante el último mes, ¿con qué frecuencia has estado? ¿Le molesta alguno de los siguientes problemas?	Nunca	Casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Muy a menudo
En el último mes, ¿con qué frecuencia has sentido que no podías controlar las cosas importantes de tu vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido seguro de tu capacidad para afrontar tus problemas personales?	4	3	2	1	0

Formularios para pacientes nuevos

En el último mes, ¿con qué frecuencia has sentido que las cosas te salían bien?	4	3	2	1	0
En el último mes, ¿con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulaban tanto que no podías superarlas?	0	1	2	3	4

Evaluación de apoyo socioemocional:

1. ¿Con qué frecuencia recibes el apoyo social y emocional que necesitas?

- Siempre A veces Nunca
 Generalmente Casi nunca

Evaluación del sueño:

1. En promedio, ¿cuántas horas duerme usted normalmente cada noche?

___ horas

2. ¿Roncas o alguien te ha dicho que roncas?

- Sí No

3. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia ha sentido sueño durante el día?

- Siempre A veces Nunca
 Generalmente Casi nunca

Escala de somnolencia de Epworth (ESS):

¿Qué probabilidades hay de que te duermas o te quedes dormido en las siguientes situaciones, en comparación con sentirte simplemente cansado? Esto se refiere a tu estilo de vida habitual últimamente. Aunque no hayas hecho algunas de estas cosas recientemente, intenta averiguar cómo te habrían afectado.	Quería nunca cabeceo	Leve probabilidad de cabeceo	Moderado o probabilidad de cabeceo	Alta probabilidad de cabeceo
Sentado y leyendo	0	1	2	3
Viendo la televisión	0	1	2	3
Sentado, inactivo, en un lugar público (por ejemplo, en una reunión, teatro o cena).	0	1	2	3
Como pasajero en un automóvil durante una hora o más sin detenerse para descansar.	0	1	2	3
Acostarse a descansar cuando las circunstancias lo permitan.	0	1	2	3
Sentarse y hablar con alguien	0	1	2	3
Sentarse tranquilamente después de una comida sin alcohol.	0	1	2	3
En un coche, mientras está parado durante unos minutos en un atasco o en un semáforo.	0	1	2	3

Entrevista de detección de demencia AD8:

Recuerda que "Sí, un cambio" indica que ha habido un cambio en los últimos años causado por problemas cognitivos (de pensamiento y memoria).	SÍ, Un cambio	NO, Sin cambios	N / A, No lo sé
--	--------------------------	----------------------------	----------------------------

Formularios para pacientes nuevos

Problemas de juicio (por ejemplo, problemas para tomar decisiones, malas decisiones financieras, problemas de razonamiento).	1	0	0
Menor interés en pasatiempos/actividades.	1	0	0
Repite las mismas cosas una y otra vez (preguntas, historias o afirmaciones).	1	0	0
Dificultad para aprender a usar una herramienta, electrodoméstico o dispositivo (por ejemplo, videograbadora, computadora, microondas, control remoto).	1	0	0
Olvida el mes o año correcto	1	0	0
Dificultad para gestionar asuntos financieros complejos (por ejemplo, conciliar la cuenta bancaria, pagar los impuestos sobre la renta, pagar las facturas).	1	0	0
Dificultad para recordar las citas	1	0	0
<u>A diario</u> problemas de pensamiento y/o memoria	1	0	0

Detección del consumo y abuso de sustancias:

1. ¿Alguna vez ha consumido productos de tabaco?

Nunca usado (*Pasar a la siguiente sección*)

Antiguo usuario (*responda lo siguiente*)

Usuario actual (*responda lo siguiente*)

¿Se consumen productos de tabaco?

cigarrillos

Puros

Cigarrillos electrónicos / Vaporizador

Productos de tabaco sin humo (incluidos tabaco para mascar, rapé, snus, tabaco de mascar y bolsitas/liquidos solubles de nicotina)

Narguile / Pipas

Bidis / Kreteks (cigarrillos liados a mano)

Año que comenzó uso de productos de tabaco: _____

Año que abandonar uso de productos de tabaco: _____ no aplica (usuario actual)

¿Alcance del consumo?

Uso ligero: ≤ 10 cigarrillos, 1 puro grande, 0,2 ml (100-150 caladas) de cigarrillo electrónico o 2-3 dosis promedio de productos de tabaco sin humo al día.

Uso moderado: 10-20 cigarrillos, 1-2 puros grandes, 0,2 ml (100-150 caladas) - 0,4 ml (200-300 caladas) de cigarrillo electrónico, o 2-6 dosis promedio de productos de tabaco sin humo al día.

Uso intensivo: > 20 cigarrillos, 2 puros grandes, 0,4 ml (200-300 caladas) de cigarrillo electrónico o 4-6 dosis promedio de productos de tabaco sin humo al día.

Prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT-C):

Una bebida estándar equivale a lo siguiente:



Formularios para pacientes nuevos

	0 puntos	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos
¿Con qué frecuencia consumiste bebidas alcohólicas durante el último año?	Nunca	Mensual o menos	De dos a cuatro veces al mes	Dos o tres veces por semana	Cuatro o más veces por semana
¿Cuántas bebidas consumías en un día típico cuando bebías durante el último año?	0, 1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 a 9	10 o más
¿Con qué frecuencia consumiste seis o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión durante el último año?	Nunca	Menos de un mes	Mensual	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente

Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST-Lite):

En los últimos 3 meses...	Sí	No
1. ¿Fumó usted cigarrillos, puros, cigarrillos electrónicos o consumió productos de tabaco sin humo que se mastican, chupan o inhalan?	1	0
1a. ¿Solía fumar más de 10 cigarrillos, 1 puro grande, 0,2 ml (100-150 caladas) de cigarrillo electrónico o 2-3 dosis promedio de productos de tabaco sin humo al día?	1	0
1b. ¿Solía fumar o consumir tabaco dentro de los 30 minutos posteriores a despertarse?	1	0
2. ¿Tomaste alguna bebida alcohólica?	1	0
2a. ¿En alguna ocasión bebió más de 4 bebidas alcohólicas estándar?	1	0
2b. ¿Has intentado controlar, reducir o dejar de beber sin éxito?	1	0
2c. ¿Alguien ha expresado preocupación por tu consumo de alcohol?	1	0
3. ¿Consumiste cannabis?	1	0
3a. ¿Ha tenido un fuerte deseo o impulso de consumir cannabis al menos una vez por semana o con mayor frecuencia?	1	0
3b. ¿Alguien ha expresado preocupación por su consumo de cannabis?	1	0
4. ¿Utilizó algún estimulante de tipo anfetamínico, cocaína o algún medicamento estimulante que no le fue recetado?	1	0
4a. ¿Utilizaba usted algún estimulante al menos una vez por semana o con mayor frecuencia?	1	0
4b. ¿Alguien ha expresado preocupación por su consumo de estimulantes?	1	0
5. ¿Utilizó algún sedante o medicamento para dormir de forma distinta a la prescrita?	1	0
5a. ¿Ha tenido un fuerte deseo o impulso de usar un sedante o medicamento para dormir al menos una vez por semana o más?	1	0
5b. ¿Alguien ha expresado preocupación por el uso que usted hace de un sedante o un medicamento para dormir?	1	0
6. ¿Utilizó usted algún opioide de la calle (por ejemplo, heroína) o algún medicamento que contuviera opioides sin haber sido recetado?	1	0
6a. ¿Ha intentado controlar, reducir o dejar de consumir opioides y no lo ha logrado?	1	0



Formularios para pacientes nuevos

6b. ¿Alguien ha expresado preocupación por su consumo de opioides?	1	0
7. ¿Consumió usted alguna otra sustancia psicoactiva?	Sí	No
Si es así, ¿qué tomaste?		

Evaluación de necesidades sociales:

Evaluación de las necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN) de las Comunidades de Salud Responsables (AHC):

Situación de vivienda

¿Cuál es tu situación de vivienda actual?

- Tengo un lugar fijo donde vivir
- Hoy tengo un lugar donde vivir, pero me preocupa perderlo en el futuro.
- No tengo un lugar fijo donde vivir (estoy alojado temporalmente con otras personas, en un hotel, en un albergue, viviendo en la calle, en una playa, en un coche, en un edificio abandonado, en una estación de autobuses o trenes, o en un parque).

Piensa en el lugar donde vives. ¿Tienes problemas con alguno de los siguientes aspectos?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Plagas como insectos, hormigas o ratones | <input type="checkbox"/> Falta de calor | <input type="checkbox"/> Detectores de humo faltantes o que no funcionan |
| <input type="checkbox"/> Moho | <input type="checkbox"/> El horno o la estufa no funcionan. | <input type="checkbox"/> Fugas de agua |
| <input type="checkbox"/> Pintura o tuberías con plomo | | <input type="checkbox"/> Ninguno de estos |

Alimento

En los últimos 12 meses, te preocupó que te quedaras sin comida antes de tener dinero para comprar más.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> A menudo es cierto | <input type="checkbox"/> A veces es cierto | <input type="checkbox"/> Nunca es cierto |
|---|--|--|

En los últimos 12 meses, la comida que compraste no te duró y no tenías dinero para comprar más.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> A menudo es cierto | <input type="checkbox"/> A veces es cierto | <input type="checkbox"/> Nunca es cierto |
|---|--|--|

Transporte

En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte fiable le ha impedido asistir a citas médicas, reuniones, ir al trabajo o conseguir cosas necesarias para la vida diaria?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

Servicios públicos

¿En los últimos 12 meses la compañía eléctrica, de gas, de petróleo o de agua le ha amenazado con cortar el suministro en su domicilio?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Ya apagado |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|

Seguridad

Debido a que la violencia y el abuso afectan a muchas personas y repercuten en su salud, nos hacemos las siguientes preguntas.	Nunca	Casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Frecuentemente
¿Con qué frecuencia alguien, incluyendo familiares y amigos, te hace daño físico?	1	2	3	4	5
¿Con qué frecuencia alguien, incluyendo familiares y amigos, te insulta o te menosprecia?	1	2	3	4	5
¿Con qué frecuencia alguien, incluyendo familiares y amigos, te amenaza con hacerte daño?	1	2	3	4	5

Formularios para pacientes nuevos

¿Con qué frecuencia alguien, incluyendo familiares y amigos, te grita o te insulta?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Evaluación funcional:

1. ¿Necesita alguno de los siguientes dispositivos de asistencia para caminar (desplazarse)?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Caña | <input type="checkbox"/> Dispositivos ortopédicos (dispositivos que estabilizan o inmovilizan segmentos de las extremidades) |
| <input type="checkbox"/> muletas | <input type="checkbox"/> Ninguno, totalmente independiente para caminar. |
| <input type="checkbox"/> Caminante | |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | |
| <input type="checkbox"/> Scooter | |
| <input type="checkbox"/> Prótesis (extremidades artificiales hechas a medida) | |

Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) de Lawton-Brody:

A. Capacidad para usar el teléfono	Punt os	E. Lavandería	Pun tos
1. Maneja el teléfono por iniciativa propia-mira se levanta y marca números, etc.	1	1. Lava completamente la ropa personal	1
2. Marca algunos números conocidos.	1	2. Lava prendas pequeñas: enjuaga medias, etc.	1
3. Contesta el teléfono pero no marca.	1	3. Toda la colada debe ser realizada por otras personas.	0
4. No usa el teléfono en absoluto.	0		
B. Compras	Punt os	F. Modo de transporte	Pun tos
1. Se encarga de todas las necesidades de compra de forma independiente.	1	1. Viaja de forma independiente en transporte público o conduce su propio coche.	1
2. Compra de forma independiente para pequeñas compras	0	2. Organiza sus propios desplazamientos en taxi, pero no utiliza el transporte público.	1
3. Debe ir acompañado en cualquier viaje de compras.	0	3. Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona.	1
4. Completamente incapaz de comprar	0	4. El viaje se limita al taxi o automóvil con la asistencia de otra persona.	0
		5. No viaja en absoluto.	0
C. Preparación de alimentos	Punt os	G. Responsabilidad por los propios medicamentos	Pun tos
1. Planifica, prepara y sirve comidas adecuadas de forma independiente.	1	1. Es responsable de tomar la medicación en las dosis correctas y a la hora correcta.	1
2. Prepara comidas adecuadas si se le proporcionan los ingredientes.	0	2. Se responsabiliza si el medicamento se prepara con antelación en dosis separadas.	0
3. Calienta, sirve y prepara comidas, o prepara comidas pero no mantiene una dieta adecuada.	0	3. No es capaz de administrarse su propia medicación.	0

Formularios para pacientes nuevos

4. Necesita tener comidas preparadas y servidas.	0		
D. Limpieza del hogar	Puntos	H. Capacidad para gestionar las finanzas	Puntos
1. Mantiene la casa sola o con ayuda ocasional (por ejemplo, "ayuda doméstica para trabajos pesados").	1	1. Gestiona los asuntos financieros de forma independiente (presupuestos, emite cheques, paga el alquiler y las facturas, va al banco), recauda y lleva un registro de los ingresos.	1
2. Realiza tareas diarias ligeras como lavar platos y hacer la cama.	1	2. Gestiona las compras diarias, pero necesita ayuda con las operaciones bancarias, las compras importantes, etc.	1
3. Realiza tareas diarias ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable.	1	3. Incapaz de manejar dinero	0
4. Necesita ayuda con todas las tareas de mantenimiento del hogar.	1		
5. No participa en ninguna tarea doméstica.	0		

Índice de Katz de Independencia en las Actividades de la Vida Diaria (AVD):

Actividades Puntos (1 o 0)	Independencia (1 punto) NO supervisión, dirección o asistencia personal	Dependencia (0 puntos) CON supervisión, dirección, asistencia personal o atención integral
BAÑOS Puntos: _____	(1 PUNTO) Se baña completamente solo o necesita ayuda para bañar solo una parte del cuerpo, como la espalda, la zona genital o una extremidad discapacitada.	(0 PUNTOS) Necesita ayuda para bañar más de una parte del cuerpo, entrar o salir de la bañera o ducha. Requiere baño completo.
VESTIDO Puntos: _____	(1 PUNTO) Saca la ropa de los armarios y cajones y se pone la ropa y las prendas exteriores con sus cierres. Puede necesitar ayuda para atarse los zapatos.	(0 PUNTOS) Necesita ayuda para vestirse o necesita que lo vistan completamente.
BAÑO Puntos: _____	(1 PUNTO) Va al baño, se sube y se baja, se arregla la ropa, se limpia la zona genital sin ayuda.	(0 PUNTOS) Necesita ayuda para ir al baño, para asearse o para usar la cuña o el orinal.
TRANSFERENCIA Puntos: _____	(1 PUNTO) Se mueve dentro y fuera de la cama o la silla sin ayuda. Se aceptan ayudas mecánicas para la transferencia.	(0 PUNTOS) Necesita ayuda para pasar de la cama a la silla o requiere una transferencia completa.
CONTINENCIA Puntos: _____	(1 PUNTO) Ejercita el autocontrol total sobre la micción y la defecación.	(0 PUNTOS) Presenta incontinencia parcial o total de intestino o vejiga.
ALIMENTACIÓN Puntos: _____	(1 PUNTO) Lleva la comida del plato a la boca sin ayuda. La preparación de la comida puede ser realizada por otra persona.	(0 PUNTOS) Necesita ayuda parcial o total para alimentarse o requiere alimentación parenteral.

Formularios para pacientes nuevos

Evaluación de seguridad en el hogar

Riesgo de caídas	Sí	No
¿Sientes inestabilidad al estar de pie o al caminar?	1	0
¿Te preocupa caerte?	1	0
¿Te has caído en el último año?	1	0
Si te has caído en el último año, ¿cuántas veces? ¿Resultaste herido?		
Peligros en el hogar	Sí	No
¿Hay alfombras o tapetes sueltos en su casa?	1	0
¿Están los pasillos abarrotados de objetos (cables, muebles, etc.)?	1	0
¿Su casa tiene poca iluminación en algunas zonas?	1	0
¿Tienes luces nocturnas?	1	0
Seguridad en el baño	Sí	No
¿Disponen de barras de apoyo en la ducha/bañera y/o cerca del inodoro?	1	0
¿Tienen alfombrillas antideslizantes en la bañera/ducha?	1	0
¿Tiene dificultad para entrar o salir de la bañera y/o para sentarse o levantarse del inodoro?	1	0
Escaleras	Sí	No
¿Las escaleras de su casa tienen pasamanos?	1	0
¿Están mal iluminadas las escaleras?	1	0
¿Tienes dificultades para usar las escaleras?	1	0
Movilidad	Sí	No
¿Utiliza usted bastón, andador o silla de ruedas?	1	0
¿Tiene dificultades para levantarse de las sillas o de la cama?	1	0
Seguridad	Sí	No
¿Usas calzado suelto o inseguro en casa?	1	0
¿Puedes pedir ayuda fácilmente en caso de emergencia?	1	0

Evaluación nutricional

Herramienta de detección de malnutrición (MST):

1. ¿Has perdido peso recientemente sin proponértelo?

No [0]

Sí [2]

En caso afirmativo, ¿cuánto peso ha perdido?

2-13 lb (1-6 kg) [1]

24-33 lb (10-15 kg) [3]

No estoy seguro [2]

14-23 lb (6-10 kg) [2]

34+ lb (15+ kg) [4]

2. ¿Has estado comiendo mal debido a una disminución?

¿apetito?

Formularios para pacientes nuevos

No [0]

Sí [1]

Iniciando la conversación: Instrumento de dieta:

En los últimos meses:	0 puntos	1 punto	2 puntos
¿Cuántas veces a la semana consumías comida rápida o refrigerios?	Menos de 1 vez	1-3 veces	4 o más veces
¿Cuántas porciones de fruta comías al día?	5 o más	3-4	2 o menos
¿Cuántas raciones de verduras consumías al día?	5 o más	3-4	2 o menos
¿Cuántos refrescos normales o vasos de té dulce bebías cada día?	Menos de 1	1-2	3 o más
¿Cuántas veces a la semana comías frijoles (como frijoles pintos o negros), pollo o pescado?	3 o más veces	1-2 veces	Menos de 1 vez
¿Cuántas veces a la semana consumías patatas fritas o galletas saladas normales (no bajas en grasa)?	1 vez o menos	2-3 veces	4 o más veces
¿Cuántas veces a la semana comías postres y otros dulces (no los bajos en grasa)?	1 vez o menos	2-3 veces	4 o más veces
¿Cuánta margarina, mantequilla o grasa de carne utilizas para condimentar verduras o para untar en patatas, pan o maíz?	Muy poco	Alguno	Mucho

Evaluación de la actividad física

Evaluación rápida de la actividad física (RAPA):

Ejemplos de niveles de intensidad de la actividad física:

Actividades ligeras

- Tu corazón late un poco más rápido de lo normal.
- Puedes hablar y cantar
- Ejemplos: Caminar tranquilamente, estirarse, pasar la aspiradora o realizar trabajos ligeros en el jardín.

Actividades moderadas

- Tu corazón late más rápido de lo normal.
- Puedes hablar pero no cantar.
- Ejemplos: Caminar rápido, Clase de aeróbicos, Entrenamiento de fuerza, Nadar suavemente

Actividades vigorosas

- Tu ritmo cardíaco aumenta mucho
- No puedes hablar o tu habla se interrumpe por respiraciones profundas.
- Ejemplos: máquina de escaleras, trotar o correr, tenis, ráquetbol, pickleball o bádminton.

¿Qué tan activo físicamente eres?	¿Te describe esta descripción con precisión?	
	Sí	No
RAPA 1: Aeróbico		
Rara vez o nunca realizo ninguna actividad física.	1	0
Realizo alguna actividad física de intensidad ligera o moderada, pero no todas las semanas.	1	0
Realizo alguna actividad física de intensidad ligera todas las semanas.	1	0
Realizo actividades físicas de intensidad <u>moderada</u> todas las semanas, pero menos de 30 minutos al día o 5 días a la semana.	1	0

Formularios para pacientes nuevos

Realizo actividades físicas de intensidad <u>vigorosa</u> todas las semanas, pero menos de 20 minutos al día o 3 días a la semana.	1	0
Realizo 30 minutos o más al día de actividad física moderada, 5 o más días a la semana.	1	0
Realizo 20 minutos o más al día de actividad física intensa, 3 o más días a la semana.	1	0
RAPA 2: Fuerza y flexibilidad	Sí	No
Hago actividades para aumentar la fuerza muscular, como levantar pesas o hacer ejercicios de calistenia, una vez a la semana o más.	1	0
Hago actividades para mejorar la flexibilidad, como estiramientos o yoga, una vez a la semana o más.	1	0

Uso del cinturón de seguridad

¿Siempre te abrochas el cinturón de seguridad cuando vas en coche?

Sí

No

Evaluación de riesgos sexuales

¿Eres sexualmente activo/a?

Sí

No

¿Te han diagnosticado alguna infección de transmisión sexual en los últimos 12 meses?

Sí

No

Escala de Comportamiento de Riesgo Sexual (SRBS)

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Muy a menudo
¿Con qué frecuencia has tenido relaciones sexuales vaginales sin preservativo?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia has tenido sexo anal sin preservativo?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia has practicado sexo oral sin protección (preservativo o barrera bucal)?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia has tenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol (es decir, estando borracho)?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia has tenido relaciones sexuales bajo los efectos de drogas o sustancias?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia has tenido relaciones sexuales sin preservativo con alguien que acabas de conocer?	0	1	2	3	4

Asegúrese de haber respondido a todas las preguntas según corresponda. Asegúrese de traer consigo su documento de identidad válido, su tarjeta del seguro médico, los documentos legales pertinentes (por ejemplo, poder notarial duradero para la atención médica, testamento de vida, directiva anticipada combinada, órdenes médicas para tratamientos de soporte vital, informes de pruebas de detección preventivas y cualquier otro documento relevante). Firme el acuse de recibo que figura a continuación.

Por la presente certifico que he respondido a todas las preguntas de forma veraz y completa, en la medida de mis posibilidades.

Nombre del paciente

Si el paciente no puede firmar, nombre del representante legal

Firma del paciente

Descripción de la autoridad para actuar en nombre del individuo.

Fecha de la firma