



# Sunset Clinic, PA

1922 w 10th, Dallas, TX, 75208;  
Tel: 214-942-3113;  
web: sunsetclinicdfw.com

## FORMULARIO DE AUTOEVALUACION DEL PACIENTE PARA VISITA INICIAL COMO PACIENTE AMBULATORIO PARA RECIBIR ATENCION PRIMARIA

Le solicitamos a todos nuestros pacientes que completen este formulario durante su primera visita. Responda todas las preguntas. Sino entiende alguna pregunta, nuestro personal se la explicara. Toda la informacion sera **CONFIDENCIAL** y formara parte de su historia medica.

<b>Nombre:</b>			<b>Fecha de nacimiento:</b>			<b>Fecha de la visita:</b>		
<b>Motivo de la visita/dolencia principal:</b>								
<b>Antecedentes de la enfermedad actual:</b>								
• Tiene alg[un] dolor? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si En caso afirmativo, ¿que nivel de gravedad? <input type="radio"/> leve (1 a 3); <input type="radio"/> moderado; (4 a 6) <input type="radio"/> ; intenso (7 a 10)								
• Donde siente el dolor?								
<hr/>								
<b>Control de los sistemas: Ha tenido..*</b>				<b>Control de los sistemas: Ha tenido..*</b>				
<b>ESTADO GENERAL</b>	<b>si</b>	<b>NO</b>		<b>•OCULAR</b>	<b>si</b>	<b>NO</b>		
Cambios recientes de peso				Cambio en la vision en los Ultimos 6 meses				
Fatiga > 6 meses				Uso de anteojos/lentes de contacto				
<b>• RESPIRATORIO</b>				<b>• OIDOS/NARIZ/GARGANTA</b>				
Tos cronica/frecuente				Cambio en la audicion en los Ultimos 6 meses				
Falta de aire				Cambio en la voz				
<b>• CARDIOVASCULAR</b>				Sangrado frecuente de la nariz				
Dolor en el pecho				<b>• GASTROINTESTINAL</b>				
Palpitaciones/latidos cardiacos irregulares				Nauseas/vomitos				
Incapacidad para subir 2 tramos de escaleras				Cambios en habitos intestinales				
<b>• MUSCULOESQUELETICO</b>				<b>• GENITOURINARIO</b>				
Dolor/hinchazon en las articulaciones				Sangre en la orina				
Dificultad para caminar				Dificultad para contener la orina				
<b>• NEUROLOGICO</b>				<b>• PSIQUIATRICO</b>				
Dolores de cabeza cronicos/frecuentes				Sensacion de depresion/tristeza recientemente				
Convulsiones/ataques epilepticos				Nerviosismo/ansiedad				
Problemas de memoria				Intento de suicidio				
<b>• ENDOCRINO</b>				<b>• CUTANEO</b>				
Alguna perdida de altura				Perdida del cabello/crecimiento excesivo				
Sed/miccion excesiva				Sarpullido/picazon				
<b>• SOLO PARA MUJERES</b>				<b>• SOLO PARA HOMBRES</b>				
Flujo vaginal/sangrado anormal				Secrecion por el pene				
Secrecion/bulto en los senos				Bulto en los testiculos				
Nombre:			Fecha de nacimiento:			Fecha de la visita:		
SALUD PREVENTIVA	NO	Si	Fecha de	ANTECEDENTES	NO	Si	Comentarios	

Vacuna contra tetano y difteria				Consumo actual de alcohol			
Vacuna antineumococica				Tabaquismo pasado/actual			
Vacuna contra la gripe				Uso de cinturon de seguridad			
Vacuna contra sarampion,				Ejercicio regular			
Vacuna contra hepatitis B				Cuestiones religiosas			
Papanicolau				Cuestiones culturales			
Examen de mamas/ mamografia				Apoderado para fines			
Colonoscopia/sigmoidoscopia				Nivel de educacion: <input type="radio"/> escuela primaria <input type="radio"/> secundaria <input type="radio"/> educacion			
Densitometrla osea				Tipo de trabajo que realiza:			
				Otros:			
<b>ALERGIAS A ALIMENTOS/MEDICAMENTOS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Si</b>							
Especifique la alergia:							
<b>SOLO PARA MUJERES:</b>				<b>SOLO PARA MUJERES:</b>			
Pecha de la Ultima menstruacion:				Nro. de embarazos:			
Edad en la primera menstruacion:				Nro. de abortos (espontaneos o no):			
Edad al inicio de la menopausia:				Nro. de nacimientos con vida:			
<i>A mi leal saber y entender, las preguntas de este formulario han sido respondidas de manera exacta. Entiendo que suministrar informacion puede ser peligroso para mi salud. Es mi responsabilidad informar al consultorio del medico sobre cualquier cambio en mi estado de salud.</i>							
<i>Tambien autorizo al personal medico a llevar a cabo los servicios que yo necesite.</i>				Pecha:			
<i>La informaciOn anteriorfoe revisada y rati.ficada con el paciente.</i>							
Firma del paciente/tutor:				Firma del personal medico:			