



# NKN STUDENT HEALTH & WELLNESS CENTER

24705 US-101, Rockaway Beach, OR 97136 | Dirección postal: PO Box 176, Wheeler, OR 97147  
Teléfono: 503-355-3500 | Fax: 844-720-1901

La Clínica Rinehart es el patrocinador médico del Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN (*NKN Student Health & Wellness Center*) y funciona de acuerdo con las pautas establecidas por la ley de Oregon (Estatutos revisados de Oregon: 109.610, 109.640, 109.675, 109.680).

Todos los servicios serán proporcionados por el equipo de atención médica de la Clínica Rinehart.

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS DE PACIENTES NUEVOS – ADULTOS

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus motivos para la visita de hoy? \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales (Enumere, incluyendo vitaminas, suplementos, hierbas. Indique dosis y cantidad, o traiga los frascos de los medicamentos actuales):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene alergias y reacciones a medicamentos? \_\_\_\_\_

Otras alergias: \_\_\_\_\_

Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_ ¿Necesita un intérprete?  Sí  No

### VACUNAS NECESARIAS

- |  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguna – paciente al día         | <input type="checkbox"/> Neumonía      | <input type="checkbox"/> Meningitis  |
| <input type="checkbox"/> Gripe                             | <input type="checkbox"/> Herpes zóster | <input type="checkbox"/> VPH         |
| <input type="checkbox"/> Tétanos/Tos ferina (tos convulsa) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B   | <input type="checkbox"/> Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> Otras: _____                      |  |                                      |

### ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Actualmente presenta alguna de las siguientes afecciones o tiene antecedentes de ellas? (Marque todas las opciones que correspondan).

|                          |          |                          |               |                          |                              |
|--------------------------|----------|--------------------------|---------------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Alergias | <input type="checkbox"/> | Enfisema/EPOC | <input type="checkbox"/> | Infarto de miocardio         |
| <input type="checkbox"/> | Anemia   | <input type="checkbox"/> | ERGE          | <input type="checkbox"/> | Enfermedad nerviosa/muscular |
| <input type="checkbox"/> | Ansiedad | <input type="checkbox"/> | Glaucoma      | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis                 |

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

|  |  |  |                        |  |                           |
|--|--|--|------------------------|--|---------------------------|
|  | Artritis/trastorno de las articulaciones |  | Cardiopatía            |  | Convulsiones              |
|  | Asma                                     |  | Insuficiencia cardíaca |  | Anemia drepanocítica      |
|  | Transfusión de sangre                    |  | Soplo cardíaco         |  | Úlceras estomacales       |
|  | Cáncer (tipo):                           |  | VIH/sida               |  | Accidente cerebrovascular |
|  | Cataratas                                |  | Hiperlipidemia         |  | ETS                       |
|  | Trastorno de coagulación                 |  | Hipertensión           |  | Enfermedad de la tiroides |
|  | EPOC                                     |  | Enfermedad renal       |  | Tuberculosis              |
|  | Depresión                                |  | Enfermedad hepática    |  | Otra:                     |
|  | Diabetes                                 |  | Meningitis             |  |                           |

Explique todas/cada una de las opciones marcadas:

|  |
|--|
|  |
|  |

### ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

Indique sus antecedentes médicos familiares. Marque todas las opciones que correspondan.

| Afección                    | Madre (edad) | Padre (edad) | Hermano | Hermana | Otro |
|-----------------------------|--------------|--------------|---------|---------|------|
| Vivo                        |              |              |         |         |      |
| Fallecido                   |              |              |         |         |      |
| Abuso de alcohol/drogas     |              |              |         |         |      |
| Alergias                    |              |              |         |         |      |
| Alzheimer                   |              |              |         |         |      |
| Anemia                      |              |              |         |         |      |
| Enfermedad autoinmune       |              |              |         |         |      |
| Trastorno hemorrágico       |              |              |         |         |      |
| Cáncer                      |              |              |         |         |      |
| Depresión                   |              |              |         |         |      |
| Diabetes                    |              |              |         |         |      |
| Cardiopatía/ataque cardíaco |              |              |         |         |      |
| Colesterol alto             |              |              |         |         |      |
| Hipertensión                |              |              |         |         |      |

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

|                           |  |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|--|
| Enfermedad renal          |  |  |  |  |  |
| Enfermedad hepática       |  |  |  |  |  |
| Enfermedad pulmonar       |  |  |  |  |  |
| Enfermedad mental         |  |  |  |  |  |
| Accidente cerebrovascular |  |  |  |  |  |
| Suicidio                  |  |  |  |  |  |
| Enfermedad de la tiroides |  |  |  |  |  |
| Otro:                     |  |  |  |  |  |

### ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Si le realizaron alguna de las siguientes cirugías, escriba la fecha de la cirugía junto al tipo de cirugía.

| Cirugía                        | Fecha | Cirugía                   | Fecha | Cirugía                         | Fecha |
|--------------------------------|-------|---------------------------|-------|---------------------------------|-------|
| Apendicectomía                 |       | Cesárea                   |       | Cirugía del intestino delgado   |       |
| Cirugía cerebral               |       | Cirugía ocular            |       | Cirugía de la columna vertebral |       |
| Cirugía de mama                |       | Cirugía por fractura      |       | Amigdalectomía                  |       |
| Bypass de la arteria coronaria |       | Reparación de hernia      |       | Ligadura de trompas             |       |
| Colecistectomía                |       | Histerectomía             |       | Reemplazo de válvula            |       |
| Cirugía de colon               |       | Reemplazo de articulación |       | Vasectomía                      |       |
| Cirugía cosmética              |       | Cirugía prostática        |       | Otra (describa)                 |       |

### ANTECEDENTES SOCIALES

#### Fumar (nicotina):

Nunca fumó       Exfumador (Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha en la que dejó: \_\_\_\_\_)

Fumador actual       Fumador pasivo      Tipos:  Cigarrillos       Cigarros       Pipa

¿Cuántos años ha fumado? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia fuma?  Todos los días       Algunos días       Otra: \_\_\_\_\_

¿Cuántos cigarrillos fuma por día? \_\_\_\_\_ O ¿cuántas cajetillas por día? \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Tabaco sin humo:**

Nunca consumió  Exconsumidor (Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha en la que dejó: \_\_\_\_\_)

Tipos:  De mascar  Tabaco en polvo

**Cigarrillo electrónico/vaporizador:**

Si consume cigarrillos electrónicos o productos vaporizadores, responda lo siguiente:

Consume todos los días  Consume algunos días  Nunca consumió  Exconsumidor.

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha en la que dejó: \_\_\_\_\_

¿Sus amigos usan el vaporizador cerca de usted?  Sí  No  ¿Ha recibido asesoramiento acerca de los cigarrillos electrónicos?  Sí  No

¿Usa alguna de estas sustancias en su dispositivo?:

Nicotina  Sí  No      THC  Sí  No      CBD  Sí  No      Saborizante  Sí  No

Otra: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de dispositivo usa?

Desechable  Cartucho precargado o recargable  Tanque recargable  Cartucho desechable precargado  Otro: \_\_\_\_\_

¿Listo para dejarlo?  Sí  No

**Consumo de alcohol:**  Sí  No  No actualmente  Nunca  Exconsumidor

(Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha en la que dejó: \_\_\_\_\_)

¿Tragos por semana? Copas de vino/semana: \_\_\_\_\_ Cervezas/semana: \_\_\_\_\_ Tragos de licor/semana: \_\_\_\_\_

**Consumo de sustancias:**  Nunca  Sí  Exconsumidor (Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha en la que dejó: \_\_\_\_\_)

Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo?  Anfetaminas  Barbitúricos  Benzodiazepinas  Cocaína  Crack

Éxtasis  Heroína  IV  Ketamina  LSD  Marihuana  Metanfetaminas  Mescalina

Óxido nitroso  Opiáceos  PCP  Psilocibina  Inhalación de solventes  Vaporizador

Otro: \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces por semana? \_\_\_\_\_

**Antecedentes sexuales:**

¿Tiene una vida sexual activa?  Sí  Nunca  No actualmente

**Anticoncepción/Protección:**

Abstinencia  Capuchón cervical  Condón  Diafragma  Parche hormonal  Implante  Inyección  
 Insertos  DIU  SIU  Menopausia  Píldora  Ritmo  Espermicida  Conocimiento de la fertilidad  
 Esponja  Quirúrgica  Anillo vaginal  Interrupción del coito  Vasectomía  Ninguno

**Pareja:**  Mujer  Hombre  Mujer transgénero (hombre a mujer)  Hombre transgénero (mujer a hombre)

Prefiere no decirlo  No binario/genderqueer  Cuestionamiento  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Estado de OB/ginecología** (para pacientes mujeres):

Embarazo en curso:  Sí  No  Nunca estuvo embarazada

Estado menstrual:  Tiene períodos  Perimenopausia  Posmenopausia  Otro \_\_\_\_\_

Último período menstrual (fecha): \_\_\_\_\_ ¿Sus períodos son regulares? \_\_\_\_\_

Cantidad de embarazos: \_\_\_\_ Cantidad de abortos espontáneos: \_\_\_\_ Cantidad de abortos provocados: \_\_\_\_

¿Está planeando quedar embarazada el próximo año? \_\_\_\_\_

**ORIENTACION SEXUAL E IDENTIDAD DE GENERO**

¿Cuál es su orientación sexual?

Lesbiana  Heterosexual  Bisexual  Gay  Pansexual  *Queer*  Omnisexual

Asexual  Prefiere no decirlo  Otro: \_\_\_\_\_

¿Con qué género se identifica?

Femenino  Masculino  Mujer transgénero  Hombre transgénero  No binario/*genderqueer*

Cuestionamiento  Dos espíritus  Otro: \_\_\_\_\_  Prefiere no decirlo

¿Qué pronombre prefiere?

Ella/la  Él/lo  Elle/Le  Nombre del paciente  Prefiere no responder

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