



# 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 – ESTUDIANTES

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Última visita: \_\_\_\_\_

Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Última visita: \_\_\_\_\_

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

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

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

### VACUNAS

¿Sus vacunas están al día?  Sí  No  No estoy seguro

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19?  Sí  No

Si tiene vacunas pendientes, ¿quiere dárseles el día de hoy?  Sí  No

### EXAMEN DEL NIÑO SANO/ANUAL

¿Se realizó un examen físico en el último año?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", ¿dónde?: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es "no", ¿le interesa programar uno en el Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN?  Sí  No

### ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Padeció alguna de las siguientes afecciones? (Marque todas las opciones que correspondan).

<input type="checkbox"/>	Problemas de visión	<input type="checkbox"/>	Accidentes graves. Traumatismo de cráneo, conmoción cerebral o pérdida de conocimiento.
<input type="checkbox"/>	Alergias (a algo diferente a los medicamentos, p. ej. maní)	<input type="checkbox"/>	Problemas dentales graves
<input type="checkbox"/>	Asma (sibilancias crónicas o tos)	<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho con el ejercicio	<input type="checkbox"/>	Ansiedad
<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/>	Problemas para dormir
<input type="checkbox"/>	Infecciones frecuentes (oído, garganta o pulmón)	<input type="checkbox"/>	Enfermedades graves o crónicas, como diabetes, cáncer, convulsiones
<input type="checkbox"/>	Pérdida o daño de órganos (por ejemplo: ojo, riñón, testículo)	<input type="checkbox"/>	Actualmente recibe medicamentos

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

Problemas auditivos	Cirugías
Problemas para movilizar el intestino	Infección del tracto urinario, problemas renales, orinarse en la cama
Problemas de aprendizaje o del desarrollo	Víctima de abuso físico o sexual
Problemas cardíacos o de presión arterial	Otra:
Para pacientes mujeres: ¿Cuándo fue su último período? _____ ¿Son regulares? _____ ¿Tuvo un aborto espontáneo/parto/aborto provocado en los últimos 12 meses? _____	
Explique todos/cada uno de las opciones marcadas:	

### ANTECEDENTES SOCIALES

¿Con quién vive? (Marque todas las opciones que correspondan).

Madre  Padre  Otro: \_\_\_\_\_

¿Quién tiene su custodia legal? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez estuvo en un hogar de acogida? \_\_\_\_\_

En el último año, ¿hubo algún cambio en su familia? (Marque todas las opciones que correspondan).

Separación  Divorcio  Nacimiento

Pérdida de trabajo

Cambio a una nueva escuela  Enfermedad grave

¿Algún otro cambio/factor de estrés? \_\_\_\_\_

¿Tiene una vida sexual activa? \_\_\_\_\_

Hábitos: (Marque todas las opciones que correspondan)

30 minutos de ejercicio la mayoría de los días

5 porciones de frutas y verduras la mayoría de los días

Cafeína  Tabaco  Alcohol

Drogas recreativas

### 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 \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES

¿Alguno de los miembros de su familia tiene lo siguiente?

Explique quién lo padece de su familia junto al problema de salud (madre, padre, hermana, hermano, tía, tío, abuelo, abuela).

Consumo de alcohol o drogas
Alergias
Asma
Problemas sanguíneos
Diabetes
Muerte (45 años o menos)
Problemas cardíacos
Hipertensión
Enfermedad mental
Obesidad
Convulsiones
Otro: