



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

Nehalem Bay Centro de Salud (anteriormente conocido como 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 Nehalem Bay Centro de Salud.

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: _____ | | <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a |

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	<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: _____

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

Afección	Madre (edad)	Padre (edad)	Hermano	Hermana	Otro
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? _____

Nombre: _____ Fecha de nac.: _____ Fecha: _____

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

¿Cuántos cigarrillos fuma por día? _____ O ¿cuántas cajetillas por día? _____

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

Nombre: _____ Fecha de nac.: _____ Fecha: _____

Pareja: Mujer Hombre Mujer transgénero (hombre a mujer) Hombre transgénero (mujer a hombre)
 Prefiere no decirlo No binario/*genderqueer* Cuestionamiento Otro: _____

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: _____