



# 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 – 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/a

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19?  
 Sí  No  No estoy seguro/a

Si tiene vacunas pendientes, ¿quiere dárselas el día de hoy?  
 Sí  No  No estoy seguro/a

### EXAMEN DEL NIÑO SANO/ANUAL

¿Se realizó un examen físico en el último año?  
 Sí  No  No estoy seguro/a

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).

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