



# 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

El Centro de Salud Nehalem Bay cumple con la ley de Oregon (ORS 109.640, 109.675), que permite a los menores de 15 años o más dar su consentimiento para recibir atención médica y dental, y a los menores de 14 años o más dar su consentimiento para recibir tratamiento ambulatorio de salud mental o por consumo de sustancias sin la presencia de un padre o tutor. Los menores pueden firmar a cualquier edad su propio consentimiento para acceder a los servicios de salud reproductiva. Si bien alentamos la participación de los padres y podemos notificarles cuando sea clínicamente apropiado (ORS 109.650, 109.680), también nos aseguramos de que los expedientes de salud de los estudiantes permanezcan confidenciales y solo se compartan con el personal de la escuela según lo permita la ley o con una autorización específica por escrito.

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/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: \_\_\_\_\_

<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 prostática	
Cirugía cerebral		Cirugía ocular		Cirugía del intestino delgado	
Cirugía de mama		Cirugía por fractura		Cirugía de la columna vertebral	
Bypass de la arteria coronaria		Afirmación de género		Amigdalectomía	
Colecistectomía		Reparación de hernia		Ligadura de trompas	
Cirugía de colon		Histerectomía		Reemplazo de válvula	
Cirugía cosmética		Reemplazo de articulación		Vasectomía	

Otra (describa) \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES SOCIALES

#### Fumar (nicotina):

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

Fumador actual      Tipos:  Cigarrillos     Cigarros     Pipa

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

Exposición al humo pasivo:  Nunca  Pasado  Presente

¿Cuántos años ha fumado? \_\_\_\_\_

¿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

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

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: \_\_\_\_\_

**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? \_\_\_\_\_

## ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO

¿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

Sexo asignado al paciente al nacer:  Mujer  Masculino  Desconocido  No registrado en el certificado de nacimiento  Elige no revelar  Intersexual

¿Qué pronombre prefiere?

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

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