

DATOS DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE

Nuvia Health

Informacion del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
Nombre Preferido: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Informacion de Contacto

Telefono: _____

Es un numero movil? ☐ Si ☐ No

Consiente recibir mensajes de texto de Nuvia Health sobre citas, coordinacion de atencion y comunicaciones de la clinica a este numero?

☐ Si ☐ No

Pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. Puede cancelar en cualquier momento notificando a la oficina.

Correo Electronico: _____

Consiente recibir comunicaciones no urgentes de Nuvia Health a este correo electronico (ej: programacion, formularios, actualizaciones generales)?

☐ Si ☐ No

Genero e Identidad

Sexo Asignado al Nacer:

☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Prefiero no contestar

Pronombres (opcional): _____ Idioma Preferido: _____

Seguro Medico — Primario

Nombre de Aseguradora: _____ Numero de Grupo: _____
Numero de Identificacion: _____ Relacion con el Suscriptor: _____
Nombre del Suscriptor (si no es usted): _____ Fecha de Nac. del Suscriptor: _____
Direccion del Suscriptor (si no es usted): _____

Seguro Medico — Secundario (si aplica)

Nombre de Aseguradora: _____ Numero de Grupo: _____
Numero de Identificacion: _____ Relacion con el Suscriptor: _____

Farmacia

Nombre de la Farmacia: _____
Direccion de la Farmacia: _____
Autoriza a Nuvia Health a enviar recetas electronicamente?
☐ Si ☐ No

Contacto de Emergencia

Nombre: _____
Telefono: _____
Relacion con el Paciente: _____

Esta persona solo sera contactada en caso de emergencia y no esta autorizada a recibir informacion medica a menos que la ley lo permita.

Firma del Paciente

Al firmar, reconozco la exactitud de la informacion proporcionada anteriormente.

Fecha

HISTORIAL DE SALUD

Nombre Completo: _____ Fecha de Nac.: _____ Fecha de Hoy: _____

Alergias (medicamentos, alimentos, ambientales, etc.):

Historial de Salud Personal y Familiar

Marque todas las condiciones que aplican a usted o a familiares directos.

Condicion	Usted	Mama	Papa	Hermana	Hermano	Abuela	Abuelo
Abuso de Alcohol/Drogas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anemia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ansiedad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Artritis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Asma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trastorno Bipolar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cancer (Tipo: _____)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cataratas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bronquitis Cronica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad de Crohn	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Depresion	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diabetes — Tipo 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diabetes — Tipo 2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfisema/EPOC	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Endometriosis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Reflujo Esofagico/ERGE	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas de Audicion	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Infarto	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad Cardiaca	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Presion Arterial Alta	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Colesterol Alto	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sindrome del Intestino Irritable	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad Renal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Leucemia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Migranas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad Neurologica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

HISTORIAL DE SALUD

Condicion	Usted	Mama	Papa	Hermana	Hermano	Abuela	Abuelo
Osteoporosis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ulcera Peptica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Esquizofrenia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Infeccion de Transmision Sexual	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Accidente Cerebrovascular	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad de Tiroides (Hipo/Hiper)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tuberculosis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Colitis Ulcerosa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Otro:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hospitalizaciones y Cirugias

Hospitalizacion / Cirugia	Razon	Ano

Medicamentos Actuales

Incluya medicamentos recetados, de venta libre, vitaminas y suplementos.

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Desde Cuando

HISTORIAL DE SALUD

Exámenes de Salud

Examen / Tratamiento de Salud	Fecha del Ultimo
Examen Fisico de Rutina	
Examen de la Vista de Rutina	
Prueba de Sangre Oculta en Heces	
Electrocardiograma (EKG)	
Prueba de Esfuerzo Cardiaco	
Sigmoidoscopia	
Colonoscopia	
Densitometria Osea	
Inyeccion de Tetanos	
Inyeccion contra Neumonia	
Prueba de Tuberculina	
Mamografia	
Papanicolaou	

Habitos y Estilo de Vida

Usa alguna forma de tabaco?	☐ Si	☐ No
Si usa, tipo y cantidad: _____		
Consume bebidas alcoholicas?	☐ Si	☐ No
Si consume, tipo y cantidad: _____		
Usa drogas recreativas o tiene historial de abuso de sustancias?	☐ Si	☐ No
Si usa, detalles: _____		
Es sexualmente activo/a?	☐ Si	☐ No
Hace ejercicio regularmente?	☐ Si	☐ No
Si hace, tipo y frecuencia: _____		
Sigue alguna dieta especial?	☐ Si	☐ No
Si sigue, describa: _____		

HISTORIAL DE SALUD

Solo para Pacientes Femeninas

Edad de Primera Menstruacion: _____ Menstruacion Regular? ☐ Si ☐ No

Ultima Menstruacion: _____

Ultima Mamografia: _____ Ultimo Papanicolaou: _____ OB/GIN: _____

de Embarazos: _____ Nacimientos Vivos: _____ Metodo Anticonceptivo: _____

Esta actualmente embarazada o cree que podria estarlo? ☐ Si ☐ No

Certifico que la informacion anterior es correcta y verdadera a mi mejor saber y entender. No responsabilizare a mi proveedor ni a ningun miembro de su personal por errores u omisiones que yo haya cometido al completar este formulario.

Firma del Paciente

Fecha

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nac.: _____ Proveedor: _____ Fecha: _____

Parte de la evaluacion de rutina para su salud incluye revisar preocupaciones de estado de animo y emocionales.
Por favor responda cada pregunta lo mas honestamente posible.

Evaluacion PHQ-2

Durante las ultimas dos semanas, le han molestado con frecuencia los siguientes problemas?

1. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, irritable o sin esperanza? ☐ Si ☐ No
2. Poco interes o placer en hacer cosas? ☐ Si ☐ No

Si respondio "Si" a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor complete el PHQ-9 a continuacion.

Evaluacion PHQ-9

En las ultimas 2 semanas, con que frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	Nunca (0)	Varios Dias (1)	Mas de la Mitad (2)	Casi Todos los Dias (3)
1. Poco interes o placer en hacer cosas	☐	☐	☐	☐
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, irritable o sin esperanza	☐	☐	☐	☐
3. Problemas para dormir, quedarse dormido/a o dormir demasiado	☐	☐	☐	☐
4. Falta de apetito, perdida de peso o comer en exceso	☐	☐	☐	☐
5. Sentirse cansado/a o con poca energia	☐	☐	☐	☐
6. Sentirse mal consigo mismo/a — o sentir que es un fracaso o ha defraudado a su familia	☐	☐	☐	☐
7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periodico o ver television	☐	☐	☐	☐
8. Moverse o hablar tan lento que otros lo notarian? O lo contrario — estar tan inquieto/a que se mueve mas de lo habitual	☐	☐	☐	☐
9. Pensamientos de que estaria mejor muerto/a o de hacerse dano de alguna manera	☐	☐	☐	☐

Si esta experimentando alguno de estos problemas, que tan dificil le han hecho
realizar su trabajo, cuidar de las cosas en casa o llevarse bien con otros?

☐ Nada dificil ☐ Algo dificil ☐ Muy dificil ☐ Extremadamente dificil

Solo para Uso de la Oficina — Puntaje Total: _____

Herramienta adaptada PHQ-2 y PHQ-9