UNC GERIATRICS CLINIC

¡Bienvenidos a nuestra clínica! Nos complace poder encargarnos de su atención.
Complete toda la información que pueda de este paquete y luego envíela por correo o tráigala con usted el día de su primera cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Quién ha sido su médico de atención primaria?
Nombre _____
Dirección_____
N.º de teléfono _____
¿Tiene pensado seguir siendo atendido por su médico de atención primaria después de establecerse con nosotros?
☐ Sí ☐ No □ No estoy seguro

¿Qué otros proveedores ve? Ponga el nombre, especialidad y ubicación (nombre de la clínica o ciudad).

1.

2.

3.

4.

Enumere todas las dudas específicas que usted quisiera que su médico aborde en la primera visita.

1.

2.

3.

ALERGIAS

□ Sin alergias conocidas

Alérgenos	Reacción

¿Cuál es su farmacia de preferencia?
Nombre:

Dirección (tan completa como sepa):

MEDICAMENTOS ACTUALES:

Incluya todos los medicamentos y los suplementos.
También puede traer su propia lista de medicamentos o una bolsa con los medicamentos a la primera visita.

Nombre del medicamento	Forma de presentación	Instrucciones de dosis
Ejemplo: Tylenol	*Ejemplo: 500 mg*	*Ejemplo: 1 píldora tres veces al día*

HISTORIAL MÉDICO (Marque todo lo que corresponda)

OJOS Y OÍDOS
- □ Degeneración macular
- □ Cataratas
- □ Glaucoma
- □ Pérdida auditiva/audífonos
- □ Otro:

CORAZÓN
- □ Ataque cardíaco
- □ Insuficiencia cardíaca
- □ Presión arterial elevada
- □ Estenosis aórtica
- □ Lesión en la válvula cardíaca
- □ Angina
- □ Colesterol alto
- □ Marcapasos
- □ Fibrilación auricular
- □ Latidos cardíacos irregulares (arritmias)
- □ Otro:

TRACTO GASTROINTESTINAL
- □ Acidez / reflujo / ERGE
- □ Úlceras
- □ Colon irritable
- □ Enfermedad hepática / cirrosis
- □ Hepatitis
- □ Enfermedad de la vesícula biliar
- □ Pólipos en el colon
- □ Diverticulosis
- □ Problemas de sangrado
- □ Estreñimiento
- □ Hemorroides
- □ Incontinencia fecal
- □ Otro:

TRACTO URINARIO Y EN LOS RIÑONES
- □ Infecciones frecuentes en la vejiga
- □ Enfermedad renal
- □ Próstata agrandada
- □ Incontinencia urinaria
- □ Cálculos renales

HUESOS Y ARTICULACIONES
- □ Gota
- □ Dolor en la parte baja de la espalda
- □ Osteoporosis
- □ Artritis:
  - □ Cadera
  - □ Rodilla
  - □ Hombros
  - □ Espalda
  - □ Mano
  - □ Otro:
- □ Hueso fracturado:
  - □ Cadera
  - □ Columna vertebral
  - □ Muñeca
  - □ Otro:
- □ Otro:

GLÁNDULAS
- □ Hipertiroidismo (alta)
- □ Hipotiroidismo (baja)
- □ Diabetes
- □ Otro:

SISTEMA NERVIOSO
- □ Demencia o enfermedad de Alzheimer
- □ Enfermedad de Parkinson
- □ Accidente cerebrovascular
- □ Epilepsia o convulsiones
- □ Neuropatía/lesión nerviosa
- □ Depresión
- □ Ansiedad
- □ Otro:

PULMONES
- □ Asma
- □ EPOC/ enfisema
- □ Bronquitis
- □ Neumonías frecuentes
- □ Otro:

OTROS PROBLEMAS DE SALUD
- □ Coágulos de sangre:
- □ Síncope (pérdida del conocimiento)
- □ Hernia
- □ Anemia
- □ Cáncer:
  - □ Mamas
  - □ Próstata
  - □ Colón / recto
  - □ Pulmones
  - □ Piel
  - □ Linfoma / leucemia
  - □ Otro: _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Tipo de operación	Año (Aproximadamente)

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Hay alguna enfermedad que tienda a aparecer en su familia (p. ej. cáncer, presión arterial alta, diabetes)?

¿Quién en su familia ha tenido la enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia?

ANTECEDENTES SOCIALES

¿Cuál es el grado más alto de escolaridad/educación que ha terminado?

¿Qué profesión/trabajo tenía/tiene?

¿Qué otra cosa deberíamos saber sobre usted? (dónde nació, dónde vivió, intereses, etc.)

¿Cuánto alcohol bebe (vino, cerveza, o licor)?

☐ Diariamente ☐ 1-3 veces por semana ☐ Menos de 1 vez por semana ☐ Nada

¿Cuántas bebidas toma por vez? _____ Bebidas

Una bebida estándar tiene 1.5 onzas de licor, 12 onzas de cerveza, o 4 onzas de vino.

¿Ha fumado cigarrillos o habanos alguna vez? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, ¿fuma ahora? ☐ Sí ☐ No

¿Cuántos años fumó? _____ Años

¿Cuántos paquetes de cigarrillo? _____ Paquetes

¿Alguna vez ha masticado tabaco? ☐ Sí ☐ No

ESTADO DE ÁNIMO

Nosotros cuidamos de la persona de manera integral. En las semanas pasadas, ¿con qué frecuencia se sintió molesto por ...?

Poco interés o placer por hacer las cosas	Sentirse triste, depresivo o sin esperanzas
☐ Nunca	☐ Nunca
☐ Varios días	☐ Varios días
☐ Más de la mitad de los días	☐ Más de la mitad de los días
☐ Casi todos los días	☐ Casi todos los días

ACTIVIDADES DIARIAS

¿Necesita ayuda de otras personas para hacer estas actividades?

Comer ☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Siempre

Vestirse ☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Siempre

Caminar ☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Siempre

Ir al baño ☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Siempre

Bañarse ☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Siempre

Usar el teléfono ☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Siempre

Ir de compras ☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Siempre

Preparación de la comida ☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Siempre

Administrar sus medicamentos ☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Siempre

Administrar sus finanzas ☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Siempre

Tareas domésticas ☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Siempre

Transporte ☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Siempre

¿Actualmente conduce un auto? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene algún problema con lo siguiente?

Memoria ☐ Sí ☐ No

Visión ☐ Sí ☐ No

Audición ☐ Sí ☐ No

Deglución ☐ Sí ☐ No

Sueño ☐ Sí ☐ No

Incontinencia/pérdida urinaria ☐ Sí ☐ No

Incontinencia/pérdida de heces ☐ Sí ☐ No

¿Dónde vive? (p. ej. en su casa, hogar de ancianos, etc.)

¿Quién vive con usted?

¿Ha perdido peso sin intentarlo en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ No

Si marcó Sí, ¿cuánto?

El último mes, ¿ha tenido poca energía para hacer cosas que quería hacer? ☐ Sí ☐ No

¿Cuántas veces hace actividades que demandan más energía como trabajar en el jardín, lavar el auto o salir a caminar?

☐ una vez a la semana ☐ una a tres veces al mes ☐ casi nunca o nunca

MOVILIDAD

1.) ¿Tiene temor de caerse? ☐ Sí ☐ No
2.) ¿Se ha caído al menos 1 vez en los últimos 6 meses y se ha lesionado? ☐ Sí ☐ No
3.) ¿Se ha caído más de 2 veces el año pasado? ☐ Sí ☐ No
4.) ¿Usa alguna ayuda para caminar tal como un bastón o un andador? ☐ Sí ☐ No Si respondió Sí, ¿de qué tipo?

VOLUNTADES ANTICIPADAS

Si tiene alguno de estos formularios, traiga una copia de estos a su cita.

Si estuviese tan enfermo que no pudiese compartir sus preferencias en su atención, ¿a quién confiaría para que tome sus decisiones de atención de la salud?

Nombre:
Parentesco:
N.º de teléfono:

¿Tiene un Poder duradero para temas de atención de la salud (DPOA)? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene un testamento? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene un formulario dorado de orden de no aplicar técnicas de reanimación y solamente asegurar el bienestar del paciente (DNR, por sus siglas en inglés)? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene un formulario de Carolina del Norte MOST (rosa)? ☐ Sí ☐ No

MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Mantenimiento de la salud	**Aproximadamente, ¿cuándo?**
COVID (enumere todas las vacunas de refuerzo)	
Vacuna contra la neumonía: Pneumovax (PPSV23)	
Vacuna contra la neumonía: Prevenar (PCV-13)	
Vacuna contra la neumonía: Prevenar 20	
Vacuna refuerzo contra el tétano (Td o Tdap)	
Vacuna contra el Herpes Zoster (Zostavax o Shingrix) *Shingrix es una serie de 2 vacunas disponible desde 2015	
Vacuna contra la gripe (la más reciente)	
Vacuna contra el Virus Sincitial Respiratorio (disponible desde 2023)	
Prueba de heces o colonoscopía para el cáncer de colon	
Prueba de densidad ósea (DEXA)	
Papanicolaou (mujeres)	
Mamografía (mujeres)	
Otra prueba	

Según lo que usted sabe, ¿cuándo y dónde se puso las siguientes vacunas o se hizo las siguientes pruebas y exámenes? NO todas las personas necesitan todas las pruebas o vacunas.

Translated by UNC Health Interpreter Services, 10/25/2023.