

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estilo de Vida

Patrones de sueño:

Cambios en los patrones de sueño: No Sí

Estilo de vida:

Nivel de actividad:

Miembro del club de salud: Ahora Previamente Nunca

Tipo de ejercicio:

Frecuencia de ejercicio: Horas/Semana:

Aficiones/actividades: Horas/Semana:

Historia de dieta:

Animales en el hogar: No Sí

Religiosos/Espiritual

Tienes una afiliación religiosa? No Sí

Practicar tu religión? No Sí

Tienes creencias espirituales? No Sí

La religión/espiritualidad es una parte importante en su vida? No Sí

Estas de acuerdo con la transfusión? No Sí

La seguridad ambiental de la casa:

Detectores de humo en el hogar? No Sí

Detectores de monóxido de carbono en el hogar? No Sí

Caídas en el último año No Sí Número de caídas:

Radón en el hogar? No Sí Tratado No Probado

Piscina/spa en casa? No Sí

Uso del cinturón de seguridad? No Sí

Armas de fuego en la casa? No Sí

Calefacción en el hogar?

Viajes recientes:

Fuera del estado Fuera del país

Patient Intake Form: Demografía | Ocupación | Tabaco

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Telefono: _____

Ocupación

Lugar de empleo: _____ Telefono: _____ Ext: _____

Ocupación: _____

Estado de empleo: _____ Tiempo completo _____ Medio Tiempo _____ Excedencia _____ Discapacidad _____ Retirado _____ Otro: _____

Restricciones: _____ Fecha de retiro: _____

Fumar

Por favor complete los siguiente, marcando las casillas y fechas apropiadas.

El consumo de tabaco:

Usa tabaco: corriente exfumador nunca desconocido

Tipo: Cuandos por día: Años uso: Paquete por año:

Trató dejar de fumar? No Sí Año deajo: Mas largo tiempo sin tabaco: Razón de recaída:

Exposición pasiva al humo? No Sí

Estado de fumado:

Corriente, cada dia fumador Fumador, estado actual desconocido Ex fumador

Actual, algunos días fumador Nunca fumador Desconocido si alguna vez fumó



North Coast Family Health Center

Patient Intake Form: Historia Médica y de Cirugía

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Por favor complete la siguiente información sobre su historia médica y de cirugía.

Ninguna historia médica o cirugía pasada relevante.

Historia anterior medica:

<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Angina(dolor de pecho) <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre <input type="checkbox"/> Cancer: <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonary obstructiva crónica <input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo II <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula <input type="checkbox"/> Enfermedad refleja gastrointestinal <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Trastorno de la válvula cardíaca <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Enfermedad del higado	<input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Enfermedad del intesto irritable <input type="checkbox"/> Ataque del corazón <input type="checkbox"/> Osteoartritis <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Enfermedad de úlcera péptica <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo <input type="checkbox"/> Carrera <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides <input type="checkbox"/> Mamograma Fecha _____	<input type="checkbox"/> Consumo de tabaco? (Favor Marque) Cigarillo, Puros, Tabaco mascado. Cuantos años? _____ Entento dejar? _____ <input type="checkbox"/> Ex uso de tabaco? <input type="checkbox"/> Usa tabaco ahora? <input type="checkbox"/> Exposición al humo de segunda mano?
---	--	---	--

Historia anterior de Cirugía:

Específico de Género:

<input type="checkbox"/> Angioplastia <input type="checkbox"/> Angio con stent <input type="checkbox"/> Apendectomía <input type="checkbox"/> Artroscopia de la rodilla <input type="checkbox"/> Artroscopia de la muñeca <input type="checkbox"/> Artroscopia del codo <input type="checkbox"/> Cirugía de espalda <input type="checkbox"/> Bypass coronaria y grafico <input type="checkbox"/> Liberacion del túnel carpiano <input type="checkbox"/> Extracción de cataratas <input type="checkbox"/> Colonoscopia <input type="checkbox"/> Colectomía <input type="checkbox"/> Colectomía <input type="checkbox"/> Colostomía	Año:	<input type="checkbox"/> Bypass gástrico <input type="checkbox"/> Reparación de hernia <input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera <input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla <input type="checkbox"/> LASIK <input type="checkbox"/> Fijación interna de reducción abierta <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Resección del intestino delgado <input type="checkbox"/> Tiroidectomía <input type="checkbox"/> Amigdalectomía <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Otro:	Año:	<input type="checkbox"/> Mamoplasia de aumento <input type="checkbox"/> Ligadura tubárica bilateral <input type="checkbox"/> Dilatación y curetaje <input type="checkbox"/> Histerectomía Circula el tipo: abdominal total, radical (útero y cuello uterino solamente), total tubos y ovarios, unilaterales tubos y ovarios, vaginal <input type="checkbox"/> Mastectomía Izquierda <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eliminación de fibromas uterinos	Año:
--	------	--	------	---	------

Patient Intake Form: Síntomas actuales-Mujeres

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Favor indique **Sí** o **No** si tiene síntomas actuales de los siguientes:

Constitucional	Cardiovascular	Reproductivo	Psiquiátrico	Hemablógico/Linfático
Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
<input type="radio"/> Resfriado	<input type="radio"/> Dolor de pecho	<input type="radio"/> Papanicolau anormal	<input type="radio"/> Ansiedad	<input type="radio"/> Sangrado Fácil
<input type="radio"/> Fatiga	<input type="radio"/> Calambres/Cojera	<input type="radio"/> Bochornos	<input type="radio"/> Depresión	<input type="radio"/> Moretones con facilidad
<input type="radio"/> Fiebre	<input type="radio"/> Edema	<input type="radio"/> Secrecion vaginal	<input type="radio"/> Insomnio	<input type="radio"/> Ganglios linfáticos agrandados
<input type="radio"/> Malestar General	<input type="radio"/> Palpitaciones	<input type="radio"/> Relaciones sexuales dolorosas	Otro : _____	Otro : _____
<input type="radio"/> Sudores Nocturnos	Otro : _____	<input type="radio"/> Secreción vaginal		
<input type="radio"/> Aumento de peso		Otro : _____		
<input type="radio"/> Pérdida de peso				
Otro: _____				
Gastrointestinal	Metabólico/Endocrino	Integumentario	Imunológico	
Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	
<input type="radio"/> Dolor abdominal	<input type="radio"/> Intolerancia al frío	<input type="radio"/> Sarpuido	<input type="radio"/> Descarga de mama	<input type="radio"/> Alergia de contacto
<input type="radio"/> Vómito	<input type="radio"/> Intolerancia al calor	<input type="radio"/> Bulto en el pecho	<input type="radio"/> Bulto en el pecho	<input type="radio"/> Alergias ambientales
<input type="radio"/> Estreñimiento	<input type="radio"/> Sed excesiva	<input type="radio"/> Uñas quebradizas	<input type="radio"/> Cabello quebradizo	<input type="radio"/> Alergias a los alimentos
<input type="radio"/> Diarrea	<input type="radio"/> Acidez	<input type="radio"/> Pérdida de cabella	<input type="radio"/> Pérdida de cabella	<input type="radio"/> Alergias estacionales
<input type="radio"/> Drenaje de oído	<input type="radio"/> Appetito excesivo	Otro : _____	Otro : _____	Otro : _____
<input type="radio"/> Dolor de oído	<input type="radio"/> Pérdida de apetito			
<input type="radio"/> Secreción ocular	<input type="radio"/> Náusea	<input type="radio"/> Ronchas	<input type="radio"/> Crecimiento excesivo de vello	
<input type="radio"/> Pérdida de la audición	<input type="radio"/> Sangre en el escremento	<input type="radio"/> Comezon excesivo		
<input type="radio"/> Drenaje nasal	Otro : _____	<input type="radio"/> Cambios de lunar		
<input type="radio"/> Presión en los sinusitis		<input type="radio"/> Lesion en la piel		
<input type="radio"/> Dolor de garganta		Otro : _____		
<input type="radio"/> Cambios visuales				
Otro: _____				
Muskoluskkeletal	Genitourinario	Neurológico		
Sí No	Sí No	Sí No		
<input type="radio"/> Dolor de espalda	<input type="radio"/> Dolor al orinar	<input type="radio"/> Entumecimiento		
<input type="radio"/> Dolor en las collunturas	<input type="radio"/> Sangre en la orina	<input type="radio"/> Debilidad de la extremidades		
<input type="radio"/> Inflamación de collunturas	<input type="radio"/> Orinar excesiva	<input type="radio"/> Trastorno de la marcha		
<input type="radio"/> Tos Cronica	<input type="radio"/> Frecuencia urinaria	<input type="radio"/> Dolor de cabeza		
<input type="radio"/> Tos	<input type="radio"/> Debilidad muscular	<input type="radio"/> Pérdida de memoria		
<input type="radio"/> Dificultad para respirar	<input type="radio"/> Incontinencia	<input type="radio"/> Convulsiones		
<input type="radio"/> Sibilancias	<input type="radio"/> Retención urinaria	<input type="radio"/> Temblores		
<input type="radio"/> Exposición conosida a la tuberculosis	Otro : _____	<input type="radio"/> Mareo		
Otro: _____		Otro : _____		

Patient Intake Form: Directiva Avanzada

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por favor complete la siguiente información acerca de su directiva avanzada. Si usted no tiene un documento directivo avanzado, por favor, indique ninguno.

- Ninguno Rechazado No Resucitar Testamento Vital No coloque en el soporte de vida Otros directivas
- Intubación Antibióticos Fluido y Soporte IV Alimentación por sonda

- El Poder duradero del abogado

Relación:

Apellido:

Nombre:

Dirección:

- Dirección igual al paciente

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono de casa:

Teléfono del trabajo:

Ext:

Fecha effective de representación:

 / /

Duración de la representación

- Indefinidamente:

- Proxy de salud

Relación:

Apellido:

Nombre:

Dirección:

- Dirección igual al paciente

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono de casa:

Teléfono del trabajo:

Ext:

Fecha effective de representación:

 / /

Duración de la representación

- Indefinidamente:

MCDH Partner Pharmacies

Medication purchased at the following pharmacies can benefit MCDH and North Coast Family Health Center.



150 S. Main Street
Fort Bragg, CA 95437
(707) 961-0464



**MENDOCINO
COAST PHARMACY**

350 Cypress Street
Fort Bragg, CA 95437
(707) 962-0800



490 S. Main Street
Fort Bragg, CA 95437
(707) 964-1848

You have choices when selecting a pharmacy.

These are some things to consider when choosing a pharmacy:

CONVENIENCE: Is the location close to home or work and do their hours fit your schedule?

CUSTOMER SERVICE: You want a pharmacy that will call your insurance company if there is a problem, and one that will work with your provider on dosing and refill issues. Also, knowing the name of at least one of your pharmacists is always a good thing. It is nice to have someone to ask health questions without having to go to a doctor.

OVER-THE-COUNTER PRODUCTS: It is handy when your pharmacy also carries a wide variety of over the counter (OTC) products.

INSURANCE: Ask if your pharmacy accepts your plan. If you are a Medicare recipient, verify that your pharmacy accepts ALL Medicare.



MENDOCINO COAST DISTRICT HOSPITAL

www.mcdh.org

707-961-1234