

Resumen adulto de Salud

Nombre del Paciente: _____ La fecha del nacimiento: _____
Médico primario de Cuidado: _____ La fecha de hoy: _____

El cheque toda corriente o las condiciones médicas pasadas. Si ninguno, verifica ninguno.

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> NINGUNO | <input type="checkbox"/> Desorden de ataque | <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Pele Ulceras/Keloids |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza de migraña | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Desorden de ansiedad | <input type="checkbox"/> Melanoma |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Embarazo actual | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia | <input type="checkbox"/> Lunares excepcionales |
| <input type="checkbox"/> Rhinitis alérgico | <input type="checkbox"/> VIH/AYUDA | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Trasplante de órgano | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> TIA | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides | tipo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Desorden de depresión | <input type="checkbox"/> La sangre se Coagula | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Afección hepática | <input type="checkbox"/> Enfermedad péptica de Ulcera | <input type="checkbox"/> Eczema/soriasis | tipo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Golpe | <input type="checkbox"/> Degeneración maculara | <input type="checkbox"/> Colmenas de Polinosis | <input type="checkbox"/> Otro (la impresión abajo) |
| <input type="checkbox"/> Desorden sangriento | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho de angina | _____ |
| <input type="checkbox"/> Meningitis bacteriana | <input type="checkbox"/> Dirija el Trauma | <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Síndrome |
| | | | tipo: _____ |

¿Necesita el paciente tomar antibióticos antes de la cirugía o procedimientos dentales? S N

La lista todas cirugías pasadas. _____

La lista todas cirugías pasadas. _____

- | | |
|---|--|
| Ocupación: _____ | Estado civil: _____ |
| ¿Fuma usted o utiliza tabaco? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | ¿Es usted un usuario pasado de fumador o tabaco? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| ¿Cuánto hace/hizo que usted utiliza diariamente? _____ | ¿Cuándo dejó usted? _____ |
| ¿Dou usted consume alcohol? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | ¿Es usted un usuario pasado de alcohol? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| ¿Cuánto hace/hizo que usted utiliza diariamente? _____ | ¿Cuándo dejó usted? _____ |
| ¿Es expuesto usted a cualquiera del siguiente? | ¿Tiene usted una historia de la exposición del ruido? |
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> vapores | <input type="checkbox"/> el fusil que dispara |
| <input type="checkbox"/> polvo | <input type="checkbox"/> ejército |
| <input type="checkbox"/> solventes | <input type="checkbox"/> equipar con herramienta/maquinaria de poder |
| <input type="checkbox"/> alguna partícula en el aire | <input type="checkbox"/> trabajo de fábrica |

¿Ha tenido cualquier pariente cercano cualquiera del siguiente?

- | | | | |
|---|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> NINGUNO | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> La pérdida de la vista en una edad temprana | <input type="checkbox"/> Pele el cáncer de otra manera que melanoma |
| <input type="checkbox"/> Melanoma | <input type="checkbox"/> Sordera | <input type="checkbox"/> Dirija o el cáncer de cuello | <input type="checkbox"/> Lunar excepcional |

Usted debe completar el próximo lado.

Verifique todo que aplica ACTUALMENTE.

¿Se siente actualmente usted bien de salud? S N

General:

- Fiebre
- Fríos
- La noche suda
- Cargue la pérdida
- Cargue la ganancia

Cardiaco:

- Arritmia
- Dolor de pecho
- Desmayar delectrea
- Las úlceras de los pies/tobillos
- Hinchándose de los pies/tobillos

La oreja, la Nariz, y la

Garganta:

- Pérdida de vista
- La oreja que llama
- Mareo
- La voz cambia
- Obstrucción nasal
- Las llagas en la boca

Neurológico:

- Dolor de cabeza
- Ataques
- Debilidad

Respiratorio:

- Tos
- Brevedad de aliento
- El arrojar sangre
- Resollando

GU:

- La dificultad que orina
- Embarazo
- El seno que alimenta
- Acerca de embarazo

GI:

- Acidez
- GERD
- Manche de sangre taburete
- La dificultad que traga

Ojos:

- Diplopía
- Visión enturbiada
- Rojez
- Hinchándose

Endocrino:

- Sed aumentada
- Sudar aumentado

Musculoesquelético:

- Dolor conjunto
- La coyuntura que hincha
- Movimiento conjunto limitado

Hematologic/linfático:

- Glándulas dolorosas
- Glándulas ampliadas
- Magullar fácil

Alergia:

- Ojos picantes
- Estornudar
- Colmenas

Psiquiátrico:

- Depresión
- Ansiedad
- Sueño pobre

Piel:

- Nuevo lunar
- Lunar cambiante
- Llaga no-curativo (más que 2 meses)

La lista todas medicinas ACTUALES. Vea la lista conectada.

Según mi leal saber y entender, las preguntas en esta forma han sido contestadas exactamente. Entiendo que eso proporcionando información inexacta puede ser peligroso a mi salud. Es mi responsabilidad de informar la oficina de doctor de cualquier cambio en mi posición médica.

Paciente o firma legal de guardián: _____ Fecha: _____

Para la oficina utiliza sólo: (You must have at least 3 of the following!)

BP: _____ / _____ Temp: _____ ° Height: _____ " Weight: _____ lbs Pulse: _____

Entered into PXpert on: _____ Entered by: _____