

# Evaluación de salud del paciente adulto

---

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha:

Salud Preventiva: Ha tenido una colonoscopia (Edades 50 al 75) \_\_\_\_\_

Si es así, Cuando y donde \_\_\_\_\_

Tiene usted una copia de su registro de vacunas \_\_\_\_\_

Si es así, por favor d sela a la recepcionista para hacer una copia

Mujeres Ha tenido usted un PAP (edades 23 al 64) \_\_\_\_\_

Si es así, Cuando y donde \_\_\_\_\_

Se ha hecho una mamografía (edades 40 al 74) \_\_\_\_\_

Si es así, Cuando y donde \_\_\_\_\_

Preguntas de Depresión: Tiene poco interés o placer en hacer las cosas \_\_\_\_\_

Se siente abajo, deprimido o desesperado \_\_\_\_\_

Preguntas de aprendizaje: Cual idioma habla usted \_\_\_\_\_

Cual idioma lee usted \_\_\_\_\_

Cual es su nivel mas alto de educación \_\_\_\_\_

Como prefiere aprender: Viendo \_\_\_\_\_

Escuchando \_\_\_\_\_

Haciendo \_\_\_\_\_

Leyendo \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

Tiene alguna necesidad especial de la educación de la cual deberíamos ser consientes

\_\_\_\_\_

En este momento tiene alguna limitación o barreras emocionales que puedan afectar su habilidad para aprender

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Drogas/Alcohol: ¿Ha usado drogas que no sean por razones medicas en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_

Tuvo una bebida que contenía alcohol en el ultimo ano \_\_\_\_\_

Uso del Tabaco: Es Usted: fumador actual \_\_\_\_\_

Ex fumador \_\_\_\_\_

No fumador \_\_\_\_\_

Historia Sexual: Ha tenido relaciones sexuales últimos 12 meses \_\_\_\_\_

Orientación Sexual: Lesbiana o homosexual \_\_\_\_\_

Heterosexual (no gay o lesbiana) \_\_\_\_\_

Bisexual \_\_\_\_\_

Algo diferente \_\_\_\_\_

No Se \_\_\_\_\_

Prefiero no decir \_\_\_\_\_

Identidad de Genero: Hombre \_\_\_\_\_

Mujer \_\_\_\_\_

Transgenero masculino/femenino a varón \_\_\_\_\_

Transgenero femenino/varón a femenino \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

Prefiero no decir \_\_\_\_\_