



Evaluación de salud e información sobre el seguro

Llene el siguiente formulario y llévelo a su primera cita: su proveedor tendrá que revisar su evaluación de salud con usted. O puede enviarnos el formulario llenado por correo a la dirección de Optum que se indica en la parte superior de la Carta de Bienvenida (la primera página).

Gracias por elegir a Optum. Será un placer atenderle.

Información general

_____/_____/_____
Apellido del paciente Nombre Inicial del 2.º nombre Fecha de nacimiento

_____-_____-_____
Número de teléfono residencial Número de teléfono celular

Dirección residencial Ciudad Estado Código postal

Número del Seguro Social ____-____-_____ Soltero Casado Divorciado Viudo

Empleador

Raza: Amerindio o nativo de Alaska Asiático Negro Blanco Hispano
 Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico Desconocido No contesta

Origen étnico: Hispano No hispano Desconocido No contesta

Dirección de correo electrónico

Además de tener acceso al portal de salud en Internet, quiero recibir correos electrónicos ocasionales con información que me ayude a manejar mejor mi salud. Sí No

Compañía de seguros primaria
 HMO PPO POS Otra _____
(Tipo de plan)

ID de póliza
_____-_____-_____
Número de teléfono de la compañía de seguros

Compañía de seguros secundaria
 HMO PPO POS Otra _____
(Tipo de plan)

ID de póliza
_____-_____-_____
Número de teléfono de la compañía de seguros

Importante: En caso de emergencia, ¿con quién tenemos que comunicarnos?

Nombre

Parentesco

Dirección (calle/ciudad/código postal)

_____-_____-_____
Número de teléfono residencial

Número de teléfono celular

_____-_____-_____
Número laboral

“Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean pagados o no por el seguro mencionado. Es mi responsabilidad pagar cualquier deducible que corresponda en el momento del servicio o cualquier otro saldo que no pague mi seguro dentro de los 30 días. Autorizo la divulgación de la información médica necesaria para determinar los beneficios pagaderos en relación con los servicios. Al firmar este formulario, por este medio doy mi consentimiento a la clínica (Optum) para que realice el tratamiento médico”.

Paciente o tutor (firma) _____ Fecha ____/____/____

Paciente o tutor (aclaración en letra de molde) _____

Historial médico del paciente

_____ / _____ / _____
 Apellido del paciente Nombre Inicial del 2.º nombre Fecha de nacimiento

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ha incluido la orientación sexual y la identidad de género en sus requisitos de recopilación de datos. Esta información ayudará a los proveedores a mejorar la salud de la población de sus pacientes al prestar servicios para el cuidado de la salud centrados en el paciente y culturalmente competentes.

Sexo al nacer: Masculino Femenino Ambiguo
 (Género asignado en su certificado de nacimiento original)

Se identifica como: Masculino Femenino Masculino a femenino Femenino a masculino
 (Identidad de género actual) Otro No contesta

Pronombre preferido: Masculino Femenino Género neutral
 (el pronombre o la serie de pronombres con los que quisiera que se refieran a usted cuando hablen con o sobre usted)

Orientación sexual: Heterosexual Homosexual Lesbiana Bisexual Desconocida Otra No contesta
 (El género por el que siente atracción)

Fecha del último examen médico: _____ Nombre del proveedor anterior: _____

Dirección del proveedor: _____

Antecedentes (personales y alergias): ¿Tuvo alguna de las siguientes enfermedades?

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Amputación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACV/AIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colapso nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema/EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ostomías _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias (que no sean a los medicamentos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caídas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer sitio: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque cardíaco/infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmias cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos: _____			(Insuficiencia cardíaca crónica/ enfermedad de las			Úlceras estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	arterias coronarias)			Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Sarampión/paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Hábitos personales:

- ¿Fumó alguna vez? Sí No Si respondió sí, ¿es un fumador habitual? Sí No
- ¿Usó tabaco para mascar? Sí No Si respondió sí, número de años _____ Si respondió no, ¿cuándo lo dejó? _____
- ¿Bebe alcohol habitualmente? Sí No Si respondió sí, ¿con qué frecuencia? _____
- ¿Alguna vez consumió algo de lo siguiente? Marihuana LSD Heroína Cocaína Anfetamina Otra

_____ / _____ / _____
 Apellido del paciente Nombre Inicial del 2.º nombre Fecha de nacimiento

Operaciones: Enumere e indique el año aproximado.

Lesiones graves: Indique las lesiones y las fechas aproximadas.

Hospitalizaciones: (no por operaciones)
 Indique las razones y las fechas aproximadas:

Exámenes/pruebas de diagnóstico:

Último examen/prueba Fecha Lugar/proveedor

Examen de la vista: _____
 Examen de los pies: _____

Vacunas: (Indique la fecha) Hepatitis B _____ Gripe _____ Polio _____

Fiebre tifoidea _____ Viruela _____ Tétano _____ Antineumocócica _____ Varicela _____

Historial familiar	Si está vivo		Si falleció	
	Edad	Salud	Edad al morir	Causa
Padre				
Madre				
Hermanos				
Hermanos				
Hermanas				
Hermanas				
Esposo				
Esposa				
Hijos				
Hijas				

Marque si algún familiar consanguíneo tiene o tuvo algo de lo siguiente e indique su parentesco:

	Sí	No	Parentesco con usted		Sí	No	Parentesco con usted
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Pólipos intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tendencia a hemorragias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Migraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad congénita del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Colapso nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Úlceras estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

_____ / _____ / _____
 Apellido del paciente Nombre Inicial del 2.º nombre Fecha de nacimiento

Medicamentos:

<input type="checkbox"/> Medicamento para las sibilancias del asma	<input type="checkbox"/> Píldoras para dormir/tranquilizantes
<input type="checkbox"/> Aspirina, Bufferin, Anacin, Tylenol o productos similares	<input type="checkbox"/> Medicamentos para la tiroides
<input type="checkbox"/> Píldoras para la presión arterial	<input type="checkbox"/> Medicamento digestivo/para el estómago
<input type="checkbox"/> Cortisone, prednisone	<input type="checkbox"/> Píldoras para bajar de peso
<input type="checkbox"/> Medicamento para la tos	<input type="checkbox"/> Anticoagulantes o Coumadin
<input type="checkbox"/> Digitálicos o medicamentos para el corazón	<input type="checkbox"/> Dilantin o medicamentos para las convulsiones
<input type="checkbox"/> Hormonas	<input type="checkbox"/> Diuréticos
<input type="checkbox"/> Insulina o píldoras para la diabetes	<input type="checkbox"/> Antibióticos
<input type="checkbox"/> Medicamentos para la anemia	<input type="checkbox"/> Phenobarbital/barbitúricos
<input type="checkbox"/> Laxantes	<input type="checkbox"/> Vitaminas
	<input type="checkbox"/> Otros medicamentos de venta con y sin receta

Indique cada medicamento; su dosis y la frecuencia con que lo toma, incluidas las vitaminas y los suplementos a base de hierbas.

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Fecha de inicio

¿Es alérgico a algún medicamento?: Sí No Si respondió sí, indique los medicamentos y las reacciones.

Medicamento	Reacción

_____ / _____ / _____
 Apellido del paciente Nombre Inicial del 2.º nombre Fecha de nacimiento

Antecedentes sociales/de estilo de vida:

Lengua materna: _____

¿Vive con alguien en su residencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió sí, indique el nombre y la relación: _____
Tipo de residencia		<input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Tráiler o casa rodante <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Un piso <input type="checkbox"/> Dos pisos <input type="checkbox"/> Residencia de vivienda asistida Nombre del centro _____ <input type="checkbox"/> Otro _____
Equipo médico duradero	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Silla de ruedas _____ Oxígeno _____ Andador _____ Nebulizador _____ Bastón _____ CPAP/BIPAP _____ Otro _____
¿Puede costear sus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Posible referencia al Programa de Asistencia al Paciente
¿Transporte proporcionado por?		

Historial nutricional:

Peso actual: _____ libras	Estatura actual: _____ pies _____ pulgadas ¿Tuvo cambios en el peso en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Plan alimentario actual: _____	

Ejercicio/actividad:

Actividad actual: _____	Frecuencia: _____
-------------------------	-------------------

Limitaciones físicas: _____

Actividades de la vida diaria:

¿Necesita ayuda para bañarse o higienizarse?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió sí, explique: _____ _____ _____
¿Necesita ayuda en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió sí, explique: _____ _____ _____
¿Necesita ayuda para comer?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió sí, explique: _____ _____ _____
¿Tiene pérdida de la audición?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usa aparatos auditivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del último examen de audición: _____

Comentarios y notas adicionales: _____

Historial de servicios preventivos

_____ / _____ / _____
 Apellido del paciente Nombre Inicial del 2.º nombre Fecha de nacimiento

Servicios preventivos	Fecha en que los recibió	Hallazgos y recomendaciones
Medición (densidad) de masa ósea Examen de detección de enfermedades cardiovasculares Colesterol LDL ECG	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia <input type="checkbox"/> Otra: _____ Resultados del ECG: _____
Examen de detección de cáncer colorrectal Sigmoidoscopia flexible Enema de bario Colonoscopia (no de alto riesgo) Análisis de sangre oculta en la materia fecal	_____ _____ _____ _____	
Pruebas de detección de la diabetes HgA1c Examen de los pies Examen de la vista	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Otra: _____
Examen de detección del glaucoma		<input type="checkbox"/> Glaucoma
Prueba de Papanicolaou y examen pélvico		
Pruebas de detección de cáncer de próstata Tacto rectal (DRE) Prueba del antígeno prostático específico (PSA)		
Mamografía de detección Autoexamen de senos Mamografía		

Declaración para rehusarse a un procedimiento que prolongue la vida (Testamento Vital)

___ Hice esa declaración

___ NO hice esa declaración

Apoderado para el cuidado de la salud

___ He designado a un apoderado para el cuidado de la salud

___ NO he designado a un apoderado para el cuidado de la salud

Poder legal duradero

___ He designado un poder legal duradero para decisiones sobre el cuidado de la salud.

___ NO he designado un poder legal duradero para decisiones sobre el cuidado de la salud

Nombre del paciente en letra de molde _____ Firma _____ Fecha _____

Fecha de revisión: _____ Firma del proveedor: _____