

**Historia Médica del Paciente Externo/Formulario de Evaluación**

**A ser completado por el paciente**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Idioma Hablado: \_\_\_\_\_  
 Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono # : \_\_\_\_\_  
 Médico de Familia/Internista: \_\_\_\_\_ Teléfono # : \_\_\_\_\_  
 Necesidades Religiosas/Culturales :  NO  Sí  Por favor Explique: \_\_\_\_\_  
 Necesidades Especiales de Aprendizaje:  NO  Sí  Por favor Explique: \_\_\_\_\_  
 Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_\_

¿Por qué está usted aquí? \_\_\_\_\_

Datos Médicos:					
	SÍ	NO		SÍ	NO
Hipertensión (pression arterial alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alzheimers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipotensión (pression arterial baja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de Respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Pecho /Angina /Ataque al Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema /Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urgencia Urinaria / Incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado / Hematomas (historia reciente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está Usted Embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historial de diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido/tiene un Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipoglucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer / Tumores / Crecimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis Múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno activo de convulsión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión de la Médula Espinal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Historial de úlceras de presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón de Extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>¿Tiene usted dolores?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FECHA: _____ ZONA: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lugar del dolor _____		
FECHA: _____ ZONA: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Articulaciones Artificiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Si respondió sí a alguno de arriba:</b>		
Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está bajo el cuidado de un	SÍ	NO
Ataques Ansiedad / Pánico (recientes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	médico por estas enfermedades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión (reciente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Alergias:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Cirugía(s) en los últimos 3 meses - Incluya Fechas:** \_\_\_\_\_  
**¿Cuáles son los objetivos de su tratamiento?:** \_\_\_\_\_

**Si necesita información acerca de Directivas Avanzadas, por favor contacte al Ayudante de Admisión/Oficina del lugar. No se aceptan Directivas Avanzadas en el Marco del Paciente Externo.**

<b>EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDA*:</b>		<b>EVALUACIÓN NUTRICIONAL</b>	
	SÍ	NO	
¿Se ha caído durante el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Pérdida de peso inesperada? (>5% en los últimos 30 días)
Si sí, ¿cuántas veces? _____			¿Pérdida de apetito reciente/ aversión a la comida?
¿Ha resultado alguna de estas caídas en una lesión durante el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene dificultad para tragar?
¿Tiene miedo de caerse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Disminución en la ingestión de comida? (<50% durante 3 días o más)
¿Se ha sentido inseguro recientemente de pie o en su silla de ruedas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está bajo el cuidado de un médico por estas enfermedades?
¿Sufre mareo o vértigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene problemas de visión que no se corrigen con lentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>MEDICACIÓN ACTUAL: (Enumere abajo)</b>
¿Usa sedantes que afectan a su nivel de alerta durante el día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene dificultades de memoria / cognitivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene una incapacidad en la extremidad inferior que afecte el caminar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>CRITERIOS DE ESCRUTINIO DE CAÍDA SEGÚN CMS</b>			
*Se considera al paciente un riesgo de caída si se ha caído dos o más veces durante el pasado año			
*Se considera al paciente un riesgo de caída si se ha caído una vez con resultado de lesión durante el pasado año			
		¿Son todas las medicinas prescritas por un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

\* **RIESGO DE CAÍDA** - Se considera al paciente un riesgo de caída si responde sí a tres o más preguntas de evaluación del riesgo de caída, si cumple con los criterios de escrutinio de la CMS para riesgo de caída, o si el criterio del terapeuta lo indica. El médico de clínica debería remitirse a la Fall Prevention Policy en el manual OP KRC P&P.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Relación si distinta de paciente / padre / madre / tutor si menor: \_\_\_\_\_

**Esta información será usada como guía para su plan de tratamiento.  
Si necesita cualquier seguimiento médico, contacte con su médico por favor**

<b>A ser completado por el Terapeuta evaluante</b>	
Se ha identificado al Paciente como un riesgo de caída: sí no	
Si sí, se ha aplicado el programa de prevención de caída: sí no	
Se ha identificado al Paciente como un riesgo de nutrición : sí no (si sí, notifique al médico)	
El Paciente se beneficiaría de una remisión a Servicios Sociales: sí no (sí si el terapeuta cree que la vida del paciente está amenazada, o si el paciente es una amenaza para otros)	
Firma del Terapeuta:	Hora:
Fecha:	
Firma del Terapeuta:	Hora:
Fecha:	
Firma del Terapeuta:	Hora:
Fecha:	

(El Terapeuta ha revisado el formulario de historial médico con el paciente)

I

|

|