

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"/> | ¿Tiene usted dolores? | <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"/> | Si respondió sí a alguno de arriba: | | |
| 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.

| EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDA*: | | EVALUACIÓN NUTRICIONAL | |
|--|--------------------------|--|--|
| | 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"/> | MEDICACIÓN ACTUAL: (Enumere abajo) |
| ¿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"/> | |
| CRITERIOS DE ESCRUTINIO DE CAÍDA SEGÚN CMS | | | |
| *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 de 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**

| A ser completado por el Terapeuta evaluante | |
|---|--------------|
| 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)

