

Bluestone Physician Services - Formulario de Historial de Salud del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: ____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Comunidad: _____

Proporcionar una Copia de la Lista Actual de Medicamentos y Dosis

Diagnóstico Actual:	
<input type="checkbox"/> Alzheimer/demencia:	<input type="checkbox"/> Glaucoma:
<input type="checkbox"/> Artritis/Osteoporosis/Artritis Reumatoide:	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón:
<input type="checkbox"/> Asma/EPOC:	<input type="checkbox"/> Hipertensión:
<input type="checkbox"/> Cáncer:	<input type="checkbox"/> Incontinencia:
<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal Crónica:	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar:
<input type="checkbox"/> Depresión/Condiciones Mental de Salud:	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson:
<input type="checkbox"/> Diabetes:	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral/CVA:
<input type="checkbox"/> Otros:	
Historia Familiar: <i>Especificar relación con el paciente</i>	
<input type="checkbox"/> Alzheimer/Demencia:	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón:
<input type="checkbox"/> Cáncer -Tipo:	<input type="checkbox"/> Hipertensión:
<input type="checkbox"/> Diabetes:	<input type="checkbox"/> Otros:
<input type="checkbox"/> Depresión/Condiciones Mental de Salud:	
Las cirugías previas o hospitalizaciones recientes: <i>Proporcionar fechas aproximadas</i>	
Directiva anticipada de atención de la salud	
<input type="checkbox"/> Sí, tengo Directiva anticipada de atención de la salud (<i>favor de incluir copia</i>)	<input type="checkbox"/> No, gustaría recibir más información
Inmunizaciones: <i>Proporcionar fechas aproximadas</i>	
Neumonía:	Gripe:
Herpes:	Tétanos:
Historia del Tabaco:	
<input type="checkbox"/> No Tabaco usuario	<input type="checkbox"/> Exposición Al Humo de Segunda Mano
<input type="checkbox"/> Ex Usuario de Tabaco	<input type="checkbox"/> Usuario Actual de Tabaco
Últimas evaluaciones de los Especialistas: <i>Dar fecha aproximada del la última visita y nombre del proveedor</i>	
Dental:	Proveedor:
Visión:	Proveedor:
Auditiva:	Proveedor:
Última Colonoscopia/Sigmoidoscopia:	Proveedor:
Última Mamografía:	Proveedor:
Otros proveedores Especialistas que siguen:	

En caso de una referencia de la especialidad, me gustaría que la Coordinadora de referencia de Bluestone se ponga en contacto con mi médica POA (*formato largo*)

Nombre: _____ civil: _____ Teléfono: _____