

**Información general para
su visita anual de Medicare
(Medicare Annual Well Visit)**

Por favor, traiga este formulario con usted a su cita.

Nombre (Name): _____ Fecha de nacimiento (DOB): _____

Por favor indique en el espacio de abajo todos los médicos que usted está viendo (por ejemplo Optometrista, Podólogo, Cirujano, etc.) (Providers used):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Por favor, enumere todas las empresas de Suplementos Médicos Durables que usted usa. (Ejemplos incluyen empresas que prestan su máquina de CPAP, oxígeno, sillas de ruedas) (Durable Medical Supply):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Por favor enumere todas las Agencias Enfermeras de visitas a domicilio que usted utiliza (VNA):

¿Usted utiliza otros servicios de atención domiciliaria? (Ejemplos incluyen Servicios para personas mayores y Meals-on-Wheels, Administración de Medicamentos IV) (Home Care):

Por favor enumere es siguiente servicio preventivo (si hubiera) (Preventive services).

Servicio / Prueba (Service / Test)	Fecha (Date)
Sangre oculta en heces (tarjeta de prueba de heces) (Fecal occult blood cards)	
Colonoscopia (Colonoscopy)	
Prueba de Glaucoma (Glaucoma test)	
Densidad ósea (si fuera aplicable) (Bone Density)	
PSA (si fuera aplicable) (PSA)	
Vacuna contra la gripe (Flu shot)	
Vacuna contra la neumonía (Pneumonia shot)	
Otra vacuna(s) (Other):	

Por favor enumere cualquier Medicina/Suplementos o medicinas de venta libre que usted está usando.
(Medications)

Nombre del Medicamento (Name of Medication)	Cantidad/Dosis (Strength/Dose)	Motivo de la medicación (Reason for Medication)

Nombre (Name): _____ Fecha de nacimiento (DOB): _____

Historial Médico / Condiciones / Enfermedades. Por favor, marque todas las que correspondan.

(Past Medical History / Conditions / Disease)

No tiene nada especial (Unremarkable)		Enfermedad de Crohn (Crohn's Disease)		Hepatitis A (Hepatitis A)		Trastorno de la tiroides (Thyroid Disorder)
Asma (Asthma)		Insuficiencia renal crónica (Chronic Renal Failure)		Hepatitis B (Hepatitis B)		Tuberculosis (Tuberculosis)
Fibrilación auricular (Atrial Fibrillation)		Depresión (Depression)		Hepatitis C (Hepatitis C)		Corazón valvular (Valvular Heart Disease)
Anemia (Anemia)		Diabetes, Tipo 1 (Diabetes, Type 1)		Infertilidad (Infertility)		Infección urinaria recurrente (UTI-Recurrent)
Trastorno de Ansiedad (Anxiety Disorder)		Diabetes, Tipo 2 (Diabetes, Type 2)		Enfermedad renal (Kidney Disease)		Varices / flebitis (Varicose Veins/ Phlebitis)
Trastorno autoinmune (Autoimmune Disorder)		Diverticulitis (Diverticulitis)		Cálculo renal (Kidney Stone)		Papanicolaou Anormal (Abnormal Pap Smear)
Cirrosis Biliar (Biliary Cirrhosis)		Trombosis venosa profunda (coágulo de sangre) (DVT (Blood Clot))		Enfermedad Hepática (Liver Disease)		Enfermedad del pecho (Breast Disease)
Transfusiones de Sangre (Blood Transfusions)		Sangrado gastrointestinal (GI Bleeding)		MI (ataque al corazón) (MI (heart attack))		Cáncer de mama (Breast Cancer)
Tumor cerebral (Brain Tumor)		GERD (reflujo ácido) (GERD (acid reflux))		Trastorno Neurológico (Neurologic Disorder)		Cáncer de cuello uterino (Cervical Cancer)
Enfermedad cerebrovascular (Cerebrovascular Disease)		Hemocromatosis (Hemochromatosis)		Osteoartritis (Osteoarthritis)		DES exposición (DES Exposure)
Cirrosis (Cirrhosis)		Hiperlipidemia (Hyperlipidemia)		Osteoporosis (Osteoporosis)		Gestacional Diabetes (Gestational Diabetes)
ACV/ Derrame cerebral (CVA/Stroke)		Hipertensión (Hypertension)		Enfermedad Vascolar Periférica (Peripheral Vascolar Disease)		RH Sensibilizada (RH Sensitized)
COPD (COPD)		Hipotiroidismo (Hypothyroidism)		PUD (PUD)		Histerectomía Abdominal total (Total Abdominal Hysterectomy)
Cancer de Colon (Colon Cancer)		Hipertiroidismo (Hyperthyroidism)		Artritis reumatoide (Rheumatoid Arthritis)		TAH y BSO (TAH and BSO)
Enfermedad cardiac Coronaria (Coronary Heart Disease)		Convulsiones (Seizure Disorder)		Anomalía uterine (Uterine Anomaly)		

Historia quirúrgica (Surgical History)

Cirugías / Hospitalizaciones (Surgeries / Hospitalizations)	Año (Year)	Complicaciones (si los hay) (Complications, if any)

Nombre (Name): _____ Fecha de nacimiento (DOB): _____

Historia Familiar. Alguien en su familia ha tenido (marque todo lo que corresponda). (Family History)

	Alcoholismo (Alcoholism)		Anemia (Anemia)		Artritis (Arthritis)		Anestesia Complicaciones (Anesthesia Complications)
	Ansiedad (Anxiety)		Asma (Asthma)		Defectos de Nacimiento (Birth Defects)		Coágulos de sangre (Blood Clots)
	Transfusiones de Sangre (Blood Transfusions)		Cáncer de mama (Breast Cancer)		Cáncer de cuello uterino (Cervical Cancer)		Cáncer de colon (Colon Cancer)
	Depresión (Depression)		Diabetes (Diabetes)		Crecimiento / Desarrollo Trastorno (Growth/Development Disorder)		Ataque Cardíaco (Heart Attack)
	Angina de pecho (dolor en el pecho) (Angina / Chest Pains)		Presión arterial alta (Hipertensión) (High Blood Pressure)		Altos niveles de colesterol (Hiperlipidemia)		Enfermedad Mental (Mental Illness)
	Osteoporosis (Osteoporosis)		Trastornos convulsivos (Seizure Disorders)		Alergias severas (Severe Allergies)		Derrame cerebral (Stroke)
	Intento de suicidio (Suicide Attempt)		Enfermedad Intestinal (Bowel Disease)		Enfermedad del Corazón (Heart Disease)		Enfermedad del Riñón / Vejiga (Kidney/Bladder Disease)
	Enfermedad pulmonar / Respiratorio (Lung/Respiratory Disease)		Enfermedad Hepática (Liver Disease)		Enfermedades de Transmisión Sexual (STD)		Úlceras (Ulcers)
	Enfermedad cardiac coronaria Hombre menor de 55 años (Coronary Heart Disease Male before age 55)		Enfermedad cardiac Coronaria Mujer menor de 55 años (Coronary Heart Disease Female before age 65)		Cáncer de colon Padre (Colon Cancer Father)		Cáncer de colon Madre (Colon Cancer Mother)
	Cáncer de pulmón (Lung Cancer)		Melanoma (Melanoma)				

Otros (Other):

Historia social (marque lo que corresponda) (Social History)

	Fumador actual (Current Smoker)
	Ex fumador (Former Smoker)
	Nunca ha fumado (Never Smoked)
	Fumador pasivo-- Sí (Passive Cigarette smoke—Yes)
	Fumador pasivo--No (Passive Cigarette smoke—No)

	Consumo de alcohol - Si (Alcohol use—Yes)
	Consumo de alcohol - No (Alcohol use—No)
	Uso de drogas - Si (Drug use—Yes)
	Uso de drogas - No (Drug use—No)

	SIDA/ Alto riesgo - Si (HIV/High risk—Yes)
	SIDA/Alto riesgo - No (HIV/High risk—No)

	Ejercita regularmente - Si (Regular exercise—Yes)
	Ejercita regularmente - No (Regular exercise—No)

	Abuso Doméstico (Domestic Abuse)
--	-------------------------------------