

Name/
 Nombre: _____
 DOB/
 Fecha de nacimiento : _____

(Welcome To Medicare Visit)

Por favor traiga este formulario completado con usted a su cita de Bienvenida a Medicare.

Por favor enumere cualquier Medicina/Suplementos o medicinas de venta libre que usted está usando.
 (Please list any Medications/Supplements / Over the Counter Drugs you are using.)

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

Por favor enumere cualquier alergia a medicamentos y el tipo de reacción.
 (Please list any allergies to medications and the type of reactions.)

Nombre del Medicamento (Name of Medication)	Tipo de Reacción alérgica (Type of Allergic Reaction)

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 Vascular Periférica (Peripheral Vascular 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)		

Formulario de historia médica general (General Medical History Form)

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

Historia quirúrgica (Surgical History)

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

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):							

Formulario de historia médica general (General Medical History Form)

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

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

Fumador actual (Current Smoker)	Consumo de alcohol - Si (Alcohol use—Yes)	SIDA/ Alto riesgo - Si (HIV/High risk—Yes)
Ex fumador (Former Smoker)	Consumo de alcohol - No (Alcohol use—No)	SIDA/Alto riesgo - No (HIV/High risk—No)
Nunca ha fumado (Never Smoked)	Uso de drogas - Si (Drug use—Yes)	Ejercita regularmente - Si (Regular exercise—Yes)
Fumador pasivo-- Sí (Passive Cigarette smoke—Yes)	Uso de drogas - No (Drug use—No)	Ejercita regularmente - No (Regular exercise—No)
Fumador pasivo--No (Passive Cigarette smoke—No)		Abuso Doméstico (Domestic Abuse)

Historia de vacunación (Vaccination History)

Fecha de la última vacuna contra la neumonía (Last pneumonia shot date)	
Fecha de la última vacuna contra la gripe (Last flu shot date)	