



Cuestionario de salud

Todas las preguntas en este documento son estrictamente confidenciales y se convertirán en parte de su registro médico.

Nombre (Apellido, Primer Nombre, IM):	
Fecha de nacimiento:	
Sexo asignado al nacer:	Identidad de género
Proveedor de atención primaria anterior:	
¿Cómo te enteraste de nosotros?	
Farmacia preferida:	
Laboratorio preferido:	Santiam Hospital u otro: _____
Instalación de imágenes preferida:	Santiam Hospital u otro: _____
Los nombres/tipos de cualquier especialista sigue:	

Nombre del contacto de emergencia	Relación	Número de teléfono

Compañía de seguros de salud	Número de póliza	Número de grupo
Primario		
Secundario		

Alergias	Reacción que tuviste



Haga una lista de cualquier problema de salud que tenga ahora o que haya tenido en el pasado

--

Haga una lista de sus medicamentos recetados y cualquier medicamento o suplemento de venta libre (OTC)

Medicamentos o suplementos	Dosis	Frecuencia tomada

Historial quirúrgico y de hospitalización

Año (mejor estimación)	Razón	Ubicación

Haga una lista de cualquier problema de salud significativo y las edades (o edad de muerte) de los miembros de su familia

Padre:

Madre:

Hermanos/as:

Hijos/as:

Abuelo paterno:

Abuela paterna:

Abuelo materno:

Abuela materna:

Historial social (circule la mejor respuesta o escriba la respuesta)					
¿Qué tipo de dieta estás siguiendo?	REGULAR	VEGETARIANO	VEGANO	DIABÉTICO	
	SIN GLUTEN	CARBOHIDRATOS	CARDIACO	RIÑÓN	
¿Cuál es tu nivel de ejercicio?	NINGUNO	OCASIONAL	MODERADO	PESADO	
¿Cuál es el nivel de educación superior o titulación?					
¿Estás empleado actualmente?	SÍ	NO			
¿Eres capaz de cuidarte a ti mismo?	SÍ	NO			
¿Cuál es tu mano dominante?	IZQUIERDA	DERECHA	AMBIDEXTRO		
¿Tiene detectores de humo y monóxido de carbono en su hogar?				SÍ	NO
¿Tiene una directiva anticipada?	SÍ	NO			
¿Es aceptable una transfusión de sangre en una emergencia?			SÍ	NO	
¿Cuál es su estado civil?	CASADO/A	SOLTERO/A	DIVORCIADO/A	VIUDO/A	PAREJA DOMÉSTICA
¿Eres sexualmente activo/a?	SÍ	NO			
¿Cuántos hijos/as tienes?					
¿Participas en las redes sociales?	SÍ	NO			
¿Cuál es su nivel de consumo de alcohol?	NINGUNO	OCASIONAL	MODERADO	PESADO	
¿Usas drogas recreativas o ilícitas?			SÍ	NO	
¿Cuál es su nivel de consumo de cafeína?	NINGUNO	OCASIONAL	MODERADO	PESADO	



Antecedentes de tabaquismo					
¿Está expuesto al tabaquismo pasivo (alguien fuma a su alrededor)?		SÍ		NO	
¿Hay fumadores en su casa?		SÍ		NO	
¿Fumas o alguna vez has fumado tabaco?		NUNCA		ANTERIOR (¿hace cuánto tiempo? _____)	
		FUMADOR COTIDIANO ACTUAL		FUMADOR ACTUAL ALGUNOS DÍAS	
¿Alguna vez ha usado alguna otra forma de tabaco o nicotina?		SÍ		NO	
¿Alguna vez has usado cigarrillos electrónicos o vaporizadores?		NUNCA		ANTERIOR	
				ACTUAL	
¿Alguna vez ha usado tabaco sin humo?		NUNCA		ANTERIOR	
		USUARIO DE TABACO EN POLVO (SECO) ACTUAL		MASTICADOR DE TABACO ACTUAL	
				USUARIO DE TABACO EN POLVO (HÚMEDO) ACTUAL	
Historial ginecológico (solo para mujeres)					
Edad del primer ciclo menstrual:					
Fecha del último ciclo menstrual:		DEFINIDO		APROXIMADO	
¿Menses mensualmente?		SÍ		NO	
¿Fecha de la última prueba de Papanicolaou?					
¿Antecedentes de prueba de Papanicolaou anormal?		SÍ		NO	
Método anticonceptivo actual:					
PÍLDORA		PARCHE		ANILLO VAGINAL	
IMPLANTE DE BRAZO		VASECTOMÍA DE PAREJA		DIU HORMONAL	
LIGADURA DE TROMPAS		CONDONES		DIU DE COBRE	
		ABSTINENCIA		INYECCION DEPO-PROVERA	
				HISTERECTOMÍA	
				OTRO _____	
¿Antecedentes de infecciones de transmisión sexual?					
Edad del primer embarazo/hijo:					
Si es posmenopáusica, edad de la menopausia:					
Antecedentes obstétricos:					
Total de embarazos		Total de nacimientos a término		Total de nacimientos prematuros	
Abortos totales inducidos		Abortos totales espontáneos		Embarazos ectópicos	
Partos múltiples		Número de hijos/as que aún viven			
¿Está aquí buscando tratamiento con buprenorfina (MAT) para el trastorno por uso de opioides?		SÍ		NO	
¿El opioide se usa heroína (humo o inyección)?		SÍ		NO	
No podemos iniciar el tratamiento para aquellos que actualmente usan heroína.					

Circula si tienes, o has tenido, alguno de los siguientes problemas médicos

TDA/TDAH	SIDA/VIH	ABUSO/VIOLENCIA DOMÉSTICA	ALERGIAS/ FIEBRE DEL HENO	ANEMIA
COMPLICACIONES DE ANESTESIA	TRASTORNO DE ANSIEDAD	ARTRITIS	ASMA	TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA
ENURESIS (MOJAR LA CAMA)	DEFECTOS DE NACIMIENTO	ENFERMEDAD HEREDITARIA	VEJIGA O PROBLEMAS RENALES	TRANSFUSIÓN DE SANGRE
CÁNCER DE MAMA	PROBLEMAS EN LOS SENOS	EPOC	CÁNCER	VARICELA
INFECCIONES DE OÍDO CRÓNICO	FRACASO DE CORAZÓN CONGESTIVO	ESTREÑIMIENTO	ENFERMEDAD DE ARTERIA CORONARIA	DEPRESIÓN
TRASTORNOS DEL DESARROLLO O COMPORTAMIENTO	DIABETES	DIFICULTAD DE TRAGAR	DIVERTICULITIS	TRASTORNO ALIMENTICIO
ECCEMA (DERMATITIS ATOPICA)	ENDOMETRIOSIS	FIBROMIALGIA	PROBLEMAS GASTROINTESTINALES	GOTA
CEFALEAS (DOLOR DE CABEZA)	ENFERMEDAD CARDÍACA	PROBLEMAS CARDÍACOS	HEPATITIS	COLESTEROL ALTO
HOSPITALIZACIONES	HIPERTENSIÓN	HIPERTIROIDISMO	HIPOTIROIDISMO	ESTERILIDAD
NEFROPATÍA	CÁLCULOS RENALES	ENFERMEDAD HEPÁTICA	ENFERMEDAD PULMONAR	SARM
ENFERMEDAD DE MENIERE	TRASTORNOS DE SALUD MENTAL	MÚSCULO ARTICULACIÓN O PROBLEMAS ÓSEOS	OBESIDAD	OSTEOPOROSIS
CÁNCER DE OVARIO	PÓLIPOS	PREECLAMPSIA	EMBOLIA PULMONAR	REFLUJO/ERGE
CONVULSIONES / EPILEPSIA	PROBLEMAS DE LA PIEL	DERRAME	TROMBOFILIAS	PROBLEMAS DE TIROIDES
TUBERCULOSIS	VARICES	VISIÓN U OJO PROBLEMAS	OTRO:	

Por favor, lea la siguiente declaración:

Entiendo que Canyon Family Health no recetará medicamentos de opioides crónicos para el manejo del dolor crónico. Si necesito estos servicios, seré referido/a al departamento de manejo del dolor. Los miembros de Canyon Family Health colaborarán con los especialistas en manejo del dolor para optimizar los resultados de mi tratamiento.

Por favor, escriba 'sí' y sus iniciales si está de acuerdo: _____

Gracias por tomarse su tiempo para completar este paquete antes de su primera visita. Cuando haya terminado, puede dejarlo, enviarlo por fax al (503) 767-3227 o enviarlo por correo electrónico a mariafife@canyonfamilyhealth.com.

Una vez que recibamos su cuestionario completado, llamaremos para programar una cita.

AUTHORIZATION TO DISCUSS MEDICAL INFORMATION
AUTORIZACION PARA COMPARTIR INFORMACION MEDICA

Patient Name/*Nombre del Paciente*: _____
Date of Birth/*Fecha de Nacimiento*: _____

I hereby authorize you to use or disclose the specific information described below, only for the purposes and parties also described below.

Yo le autorizo a usted el usar o revelar la informacion especifica descrita abajo, solo para propositos y partes involucradas descritas a continuacion.

Description of the specific information to be discuss:
Descripcion de informacion especifica que se discutira:

___ appointment dates/times *Fecha de citas/hora*

___ Diagnosis *Diagnostico*

___ X-ray Results *Resultados de X-Ray*

___ Medications *Medicamentos*

___ lab tests/results *Resultados de Laboratorio/Pruebas*

___ Summary of medical record *Resumen de Historial Medico*

___ Care Plan *Plan de cuidados*

Indicate Confidential Information (initial):
Indique Informacion Confidencial (Iniciales):

___ Mental Health *Salud Mental* ___ HIV Information *Informacion de VIH*

___ alcohol/drug information *Informacion de Alcohol y Drogas*

Information to be given to:
La informacion se dara a:

Name/*Nombre*: _____

Relationship/*Relacion*: _____

Address/*Direccion*: _____

Phone/*Telefono*: _____

This authorization shall remain in effect from the date signed below until (please select one):
Esta autorizacion se mantendra en efecto desde la fecha firmada hasta (por favor seleccione una):

___ Date/*Fecha*: _____

___ No expiration date/ *Sin fecha de expiracion*

I understand that:

Yo entiendo que:

I may inspect or copy the protected health information to be used or disclosed.

Yo puedo inspeccionar o copiar la informacion de salud protegida que se usara o revelara.

I may revoke this authorization in writing by contacting your office, attention administrator

Yo puedo remover esta autorizacion por escrito contactando la atencion de su oficina de administracion

This authorization is giving Canyon Family Health the right to discuss my medication information with the one or more people listed above.

Esta autorizacion le da a Canyon Family Health el derecho de discutir my informacion de medicamento con la o las personas enlistadas anteriormente.

Information used or disclosed pursuant to the authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer be protected by the HIPAA.

La informacion utilizada o divulgada conforme a la autorizacion esta sujeta a re-divulgacion por parte del recipiente y no sera protegida por el HIPAA.

I may refuse to sign this authorization and you will condition treatment or payment on my providing this authorization (except to the extent that the authorization is for research-related treatment, in which case you may refuse to provide that research-related treatment).

Yo puedo negarme a firmar esta autorizacion y no se me podra condicionar mi tratamiento o pago en base de mi proveeyendo esta autorizacion (excepto cuando la autorizacion es por propositos de investigacion de tratamiento, en tal caso usted debe de negar el tratameinto relacionado con la investigacion).

Patient Signature/*Firma del Paciente:* _____

Today's Date/*Fecha de hoy:* _____

Request for Records
(Please do not send records by CD)
Solicitud de registros
(Por favor, no envíe registros por CD)

Patient's Name/*Nombre del paciente*: _____

Date of Birth/*Fecha de nacimiento*: _____

I authorize the release of my medical records from:

Autorizo la liberación de mis registros médicos de:

Previous Clinic/Provider - *Clínica/Proveedor anterior*

Name/*Nombre*: _____

Address/*Dirección*: _____

Phone/*Teléfono*: _____ Fax: _____

**Please forward to CANYON FAMILY HEALTH 1095 N 1ST ST STAYTON,
OR 97383-1203 Phone: (503) 767-3226 Fax: 503-767-3227**

*Por favor reenvíe a CANYON FAMILY HEALTH 1095 N 1ST ST STAYTON, O
97383-1203 Teléfono: (503) 767-3226 Fax: 503-767-3227*

Information to be included

Información por incluir

****Please initial the following:**

Por favor, use sus iniciales en lo siguiente:

___ Chart notes and medication list / *Notas de gráficos y lista de medicamentos*

___ Mental Health diagnosis and assessment (no chart notes) / *Diagnóstico Mental y evaluación (sin notas de gráficos)*

___ Drug/Alcohol Treatment / *Tratamiento de Drogas/Alcohol*

___ Other (please specify) / *Otro (por favor especifique)*

Patient Signature / *Firma del paciente*: _____

Date / *Fecha*: _____