

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	SÍ	NO	
¿Se ha caído durante el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Pérdida de peso inesperada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si sí, ¿cuántas veces? _____			(>5% en los últimos 30 días)		
¿Ha resultado alguna de estas caídas en una lesión durante el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Pérdida de apetito reciente/aversión a la comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene miedo de caerse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene dificultad para tragar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha sentido inseguro recientemente de pie o en su silla de ruedas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Disminución en la ingestión de comida?(<50% durante 3 días o más)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sufre mareo o vértigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está bajo el cuidado de un médico por estas enfermedades?	<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:	Fecha:	Hora:
Firma del Terapeuta:	Fecha:	Hora:
Firma del Terapeuta:	Fecha:	Hora:

(El Terapeuta ha revisado el formulario de historial médico con el paciente)