



# RANCHO PASEO MEDICAL GROUP

## Mantenimiento Rutinario de la Salud

Por favor, indique las fechas de los siguientes, si corresponde.

1. primer día del último período menstrual: ..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
2. última prueba de Papanicolaou:..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
3. última mamografía: ..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
4. última colonoscopia:..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
5. última exploración de densidad ósea: ..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
6. última vacuna de tétanos/tos ferina (Td/Tdap): .. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
7. última pneumovax (vacuna contra la neumonía): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
8. última vacuna contra influenza: ..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
9. última gardasil (vacuna contra VHP): ..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
10. última Zostovax (vacuna contra la culebrilla):..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
11. última prueba de tuberculosis:..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Pediatría (personal/parto/embarazo/historial de salud)

Si el paciente es menor de 18 años, proporcione la siguiente información según corresponda.

¿El niño es tuyo por...?:  nacimiento  adopción  matrimonio (ex., hijastro)  otro: \_\_\_\_\_

Origen étnico: \_\_\_\_\_

Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nacido por:  parto vaginal  seccion de sesarea

¿Cuántas semanas de embarazo en el parto? \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_ altura al nacer: \_\_\_\_\_

¿Algún problema médico durante el embarazo?  no  sí: \_\_\_\_\_

¿Su hijo fue amamantado?  no  sí — ¿Por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Algún problema alimentario o dietético?  no  sí: \_\_\_\_\_

Recreación/juego/ejercicio: \_\_\_\_\_

Promedio de horas de sueño por noche: \_\_\_\_\_ Número y duración de las siestas: \_\_\_\_\_

¿Quién cuida al niño durante el día? \_\_\_\_\_

## Directiva de Avanzada de Atención Médica/Testamento Vital

He ejecutado una Directiva Avanzada de Atención Médica, un Testamento Vital o un Poder Notarial Duradero.

Me gustaría llenar una Directiva Avanzada de Atención Médica.

Me gustaría hablar de mis opciones.

No deseo llenar una Directiva Avanzada de Atención Médica en este momento.

*revisado por el personal. Se colocó en tabla de registros médicos una copia de la Directiva Avanzada de Atención Médica, Testamento Vital o Poder Notarial Duradero, si corresponde.*

Sigla del personal: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Evaluación Espiritual (opcional)

¿Crees en Dios o en un poder superior?  sí  no

¿Apreciarías una oración por...?  tú mismo  tu familia  tu salud  otra cosa: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, especifique cuándo:  durante las horas de oficina  mientras no esté presente  ahora no