

|                                    |   |                             |                                 |
|------------------------------------|---|-----------------------------|---------------------------------|
| <b>Nombre del paciente:</b>        | <b># de contrato:</b>   | <b>Fecha:</b>               | <b>Edad:</b>                    |
| <b>Alergias:</b>                   |   | <b>Reacciones adversas:</b> |                                 |
| Historial previo:                  |   |                             |                                 |
| Subjetivo:                         |   |                             |                                 |
|                                    |   |                             |                                 |
|                                    |   |                             |                                 |
|                                    |   |                             |                                 |
| <b>Signos vitales</b>              | <b>Examen Físico:</b>   |                             |                                 |
| BP: _____                          | Leyenda <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal |                             | <u>Descripción de Hallazgos</u> |
| Pulso: _____                       | <input type="checkbox"/> Apariencia General   | _____                       | _____                           |
| Temp.: _____                       | <input type="checkbox"/> Corazón  | _____                       | _____                           |
| Resp.: _____                       | <input type="checkbox"/> Pulmones   | _____                       | _____                           |
| Peso: _____                        | <input type="checkbox"/> Senos  | _____                       | _____                           |
| Estatura: _____                    | <input type="checkbox"/> Abdomen  | _____                       | _____                           |
| <b>Vacunas:</b>                    | <input type="checkbox"/> Genitalia  | _____                       | _____                           |
| Influenza <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sistema musculoesqueletal                                  | _____                       | _____                           |
| Fecha: _____                       | <input type="checkbox"/> Sistema nervioso   | _____                       | _____                           |
| Pneumo <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Estado mental  | _____                       | _____                           |
| Fecha: _____                       | <input type="checkbox"/> Cabeza y cuello (HEENT)                                    | _____                       | _____                           |
| Otras: _____                       | <input type="checkbox"/> Piel   | _____                       | _____                           |
| _____                              |   |                             |                                 |
| _____                              |   |                             |                                 |



**EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN**

- 1. Durante las últimas dos semanas, ¿se ha sentido decaído, triste o sin esperanza?  
\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No
- 2. Durante las últimas dos semanas, ¿ha sentido menos interés o placer en algunas cosas?  
\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

**EVALUACIÓN DE HABILIDAD FUNCIONAL/SEGURIDAD**

- 1. ¿Necesita ayuda con el teléfono? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
- 2. ¿Necesita ayuda para hacer compras? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
- 3. ¿Necesita ayuda para preparar los alimentos? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
- 4. ¿Necesita ayuda con los quehaceres del hogar? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Plan:

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma MD

# Lic. \_\_\_\_\_

**Educación:**

- Dieta
- Ejercicios
- Prevención de caídas
- Terapia farmacológica
- Vacunas
- 

Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

