



**EVALUACIÓN DE RIESGOS DE SALUD**  
**LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL Y AYUDARÁ A DETERMINAR LAS**  
**NECESIDADES DE SALUD.**

**FAVOR COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS.**

INFORMACION PERSONAL			
Nombre:	Sexo ( ) F ( ) M	FECHA: (MES/ DIA/ AÑO)	
Dirección:	Zip Code:		
Tel. Casa: ( )	Teléfono celular: ( )		
Fecha de Nacimiento:	Escolaridad:	Estado Civil ( ) C ( ) S ( ) D ( ) V Otro ( )	
Nombre Médico Primario:			
Dirección Médico Primario:			
Teléfono Médico Primario:			
¿Cuál es el lenguaje que se habla en su casa? ( ) Español ( ) Inglés ( ) Otro			
¿Tiene alguna costumbre o inquietud cultural que pueda interferir con el cuidado, incluyendo raza, religión, o incapacidad? ( ) No ( ) Sí, Explique:			
¿Tiene las Directrices Adelantadas (Anticipadas)? ( ) No ( ) Sí, Si no las tiene , favor explicar sobre propósito de Directrices anticipadas			
¿Tiene un representante autorizado? ( ) No ( ) Si, Nombre: Relación con el paciente:			
¿Con quién usted vive? ( ) Vive solo ( ) Vive con familiares ( ) Hogar alternativo ( ) Vive con esposa(o)esposo			
NOTIFICACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre:	Relación:		
Dirección:	Zip Code:		
Tel. Casa: ( )	Tel. celular: ( )	Tel. trabajo: ( )	
HISTORIAL MÉDICO			
1. ¿Padece de alguna alergia? ( ) Sí, ¿Cuál? _____ Explique: ( ) No			
2. ¿Ha tenido alguna reacción adversa? ( ) Si, ( ) No			
3. Vacunas; Influenza ( ) Si Fecha fue administrada _____ (Mes / Día/ Año) NO ( ) Neumonía ( ) Si Fecha de administración _____ No ( )			
4. <u>Presión Arterial</u>	<u>Peso</u>	<u>Estatura</u>	<u>Índice de Masa Corporal</u>
5. Hábitos: ( ) Drogas ( ) Fumar ( ) Alcohol ( ) Cafeína ( ) Ninguna			

6. Tiene algunas de las siguientes condiciones de salud? (verifique todas las que apliquen) 250 ( ) Diabetes Mellitus                      401.9 ( ) Hipertensión                      496 ( ) COPD 428.0( ) Fallo Cardíaco Congestivo    493.9( ) Asma                                      ( ) Ninguna
7. Si el paciente tiene el Diagnóstico de Diabetes Mellitus: Fecha de la última HGBA1C _____ (Mes /Día/ Año) Resultado _____ % Fecha de último resultado de LDL _____ Resultado _____ Fecha de última visita al oftalmólogo _____ Resultado de prueba de fondo de ojo _____ Paciente ha tenido prueba de cernimiento para nefropatía diabética ( ) Si ( ) No
8. Si el paciente tiene diagnóstico de hipertensión, fecha fue diagnosticado _____ Mes/ Día/ Año)
9. ¿Presenta usted algunos de los siguientes problemas de salud? (verifique todas las que apliquen) Ver listado adjunto de problemas de salud.
10. Durante los pasados 12 meses ¿cuántas veces ha visitado la sala de Emergencia?
11. Durante los pasados 12 meses, ¿cuántas hospitalizaciones ha tenido?
12. Actividad Física ( ) Ninguna ( ) 1 a 2 días por semana ( ) 3 a 5 días por semana Si el paciente no realiza actividad física, favor de describir conserjería realizada con relación al ejercicio.
13. ¿Recibe algunos de éstos tratamientos especiales? ( ) Cuidado herida                      ( ) Alimentación por tubo                      ( ) Cuidado Traqueotomía ( ) Cuidado de Ostomias                      ( ) Diálisis / Hemodiálisis                      ( ) Quimioterapia ( ) Cuidados a Catéter                      ( ) Ninguna
14. Durante los pasados 12 meses ¿Ha recibido algunos de los siguientes servicios de salud? ( ) Enfermera Visitante                      ( ) Cuidado en el hogar ( ) "Skill nursing facility" ( ) "Nursing Home"                      ( ) Trabajo Social                      ( ) Terapia ( ) Centro Rehabilitación                      ( ) Terapias Física ( ) Ocupacional ( ) Habla ( ) Ninguna de las anteriores ( ) Otro
15. Debido a su incapacidad o problemas de salud ¿necesitaría usted ayuda con algunos de los siguientes? ( ) Uso del Inodoro                      ( ) Baño                      ( ) Vestirse ( ) Alimentación                      ( ) Caminar                      ( ) Hacer compras ( ) Preparar alimentos                      ( ) Uso Teléfono                      ( ) Transportación ( ) Manejo del dinero                      ( ) Medicinas                      ( ) Ninguna de las anteriores
16. ¿Utiliza algún equipo médico? ( ) Oxígeno                      ( ) CPAP                      ( ) Prótesis: _____ ( ) Silla ruedas                      ( ) Ventilador mecánico                      ( ) Cama Concentrador de oxígeno ( ) Bastón                      ( ) Glucómetro                      ( ) Andador ( ) Inodoro Portátil                      ( ) Ninguna de las anteriores ( ) Otro _____





LISTADO DE PROBLEMAS DE SALUD (SELECCIONE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

✓	Code	Enfermedades Infecciosas	✓	Code	Enfermedades del Sistema Digestivo
	042	HIV disease		556.9	Ulcerative Colitis Unspecific
	070.3 2	Chronic viral hep B w/o hepatic coma		560.1	Paralytic Ileus
	070.5 4	Chronic viral hep C w/o hepatic coma		560.9	Intestinal Obstruct unspecified
<b>Neoplasias</b>				571.5	Chronic Hepatitis, Other
	208.9	Unspecified leukemia in remission		571.5	Cirrhosis Of Liver unspecified
	225	Benign Neoplasm Brain		577.1	Chronic Pancreatitis
	239.6	Brain Neoplasm unspecified		579.9	Intest. Malabsorption unspecified
		Neoplasm's, others (Specified)	<b>Enfermedades del Sistema Genitourinario</b>		
<b>Enfermedades Endocrinas Nutricionales y Metabólicas</b>				581.9	Nephrotic Syndrome Nos
	250	DM without complication type 2		583.9	Nephritis unspecified
	250	DM without complication type 1		584.9	Acute renal failure unspecified
	250.4 2	DM w renal manifestations type 2		585.1	Chronic kidney disease, stage I
	250.5	DM Unspf Uncontrolled		585.2	Chronic kidney disease, stage II
	250.9	DM w ophthal. manifestations type 3		585.3	Chronic kidney disease, stage III
	262	Severe protein-calorie malnutrition		585.4	Chronic kidney disease, stage VI
	277.1	Cystic Fibrosis, Other		585.5	Chronic kidney disease, stage V
<b>Enfermedades de la Sangre</b>				585.6	End Stage Renal Disease
	282.6	Sickle-cell disease unspecified	<b>Enfermedades de la Piel y del Tejido Subcutáneo</b>		
	283.9	Acq Hemolytic Anemia		707.1	Ulcer Of Thigh
	284.9	Aplastic Anemia unspecified		707.1	Ulcer Of Ankle
<b>Enfermedades Mentales</b>				707.1	Ulcer of heel and midfoot
	295.9	Schizophrenia unspecified state		707.2	Ulcer of other part of lower limb
	296.8	Bipolar disorder, unspecified		707.2	Ulcer of other part of foot
	303.9	Alcohol Dependence Unspecific drinking behavior		707.2	Pressure ulcer, unspecified stage
	304.9	Drug Depend Nos-Unspecific	<b>Enfermedades del Sistema Musculoesqueletal y del Tejido Conectivo</b>		
<b>Enfermedades del Sistema Nervioso</b>				725	Polymyalgic rheumatic
	340	Multiple Sclerosis		710	Systemic Lupus Erihematosus
	344	Quadriplegia, Unspecific		710.1	Systemic Sclerosis
	344.1	Paraplegia unspecified		714	Rheumatoid Arthritis





	345.8	Epilepsy, other forms w intractable epilepsy		730.2	Osteomyelitis site unspecified
	357.2	Neuropathy In Diabetes	<b>Signos y Síntomas</b>		
	358.1	Myasthenia In Oth Dis		780.4	Convulsions, Other
	359.1	Hereditary muscular dystrophy		785.4	Gangrene
	362	Proliferative Diabetic Retinopathy	<b>Lesiones</b>		
<b>Enfermedades del Sistema Circulatorio</b>				897.4	Amputated Leg, Unilat. unspecified
	402	Mal hyper. heart dis. w heart failure		953.9	Spinal Cord Injury unspecified
	411	Postmyocardial infarction syndrome	<b>Factores que Influyen en el Estado de Salud</b>		
	411.9	Acute ischemic heart disease		V44.0	Tracheotomy Status
	412	Old Myocardial Infarct		V44.1	Gastrostomy Status
	413.9	Angina Pectoris Nec/Nos		V44.2	Ileostomy Status
	425.4	Other primary cardiomyopathies		V44.3	Colostomy Status
	427.3	Atrial Fibrillation		V44.4	Enterostomy Status Nec
	428.9	Heart failure unspecified		V45.1	Renal Dialysis Status
	443.9	Peripheral Vascular Disease		V58.6 7	Long Term Use Of Insulin
	436	CVA	<b>Otros Diagnósticos Importantes (especifique el código)</b>		
	447.9	Arterial Disease unspecified		Code	Diagnóstico
	453.4	DVT/embolism of lower extremity			
	456.1	Esoph. Varices W/O Bleed			
<b>Enfermedades del Sistema Respiratorio</b>					
	482.2	H. Influenzae Pneumonia			
	491.9	Chronic Bronchitis unspecified	<b>Nombre de Médico:</b> _____ <b>Firma del Médico:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____		
	492.8	Emphysema, other			
	493.2	Chronic Obst. Asthma Nos.			
	496	COPD			