

Westfield Family Physicians New Patient Intake Form
Formulario de admisión de pacientes nuevos de Westfield Family Physicians

Patient Name | Nombre del paciente: _____ Date of Birth | Fecha de nacimiento: _____

Reason for visit | Razón de la visita: _____ Date of Visit | Fecha de la visita: _____

Past Medical History | Historial médico pasado: Please review the list below and check any problems you have now or have had in the past | Revise la lista a continuación y marque cualquier problema que tenga o haya tenido en el pasado.

<input type="checkbox"/> High blood pressure Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/> Asthma Asma	Please list any other medical problems Indique cualquier otro problema médico.
<input type="checkbox"/> Heart disease Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Lung problems Problemas de pulmón	
<input type="checkbox"/> Diabetes Diabetes	<input type="checkbox"/> Kidney problems Problemas de riñón	
<input type="checkbox"/> Stroke Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> High cholesterol Colesterol alto	
<input type="checkbox"/> Cancer Cáncer	<input type="checkbox"/> Hepatitis (A,B,or C) Hepatitis (A, B o C)	
<input type="checkbox"/> Thyroid Tiroides	<input type="checkbox"/> Alcohol or drug problems Problemas con el alcohol o las drogas	
<input type="checkbox"/> Mental Health problems Problemas de salud mental		

Women only | Solo para mujeres: Number of pregnancies | Cantidad de embarazos _____ Live births | Nacimientos vivos _____
 Miscarriages | Abortos espontáneos _____ Abortions | Abortos _____

Please note any **surgeries or hospitalizations** you have had | Tenga en cuenta cualquier **cirugía u hospitalización** que haya tenido:

Type of surgery Tipo de cirugía	Year Año	Type of surgery Tipo de cirugía	Year Año	Hospitalization reason Razón de la hospitalización	Year Año
Appendix removal Apendicectomía		Hysterectomy Histerectomía			
Arthroscopy Artroscopía		Knee or hip replacement Reemplazo de rodilla o de cadera			
Back or neck surgery Cirugía de espalda o cuello		Lumpectomy Tumorectomía			
Cataract surgery Cirugía de cataratas		Mastectomy Mastectomía			
C-Section Cesárea		Tonsillectomy/adenoidectomy Amigdalectomía/adenoidectomía			
Gallbladder removal Remoción de vesícula biliar		Tubal ligation or Vasectomy Ligadura de trompas o vasectomía			
Heart surgery Cirugía de corazón		Colonoscopy Colonoscopia			
Hernia Hernia		Colonoscopy with polyp removal Colonoscopia con eliminación de pólipos			

Please list any additional surgeries | Indique cualquier cirugía adicional: _____

Please list any specialists you see | Haga una lista de los especialistas que ve: _____

Westfield Family Physicians New Patient Intake Form
Formulario de admisión de pacientes nuevos de Westfield Family Physicians

Name | Nombre: _____ Date of Visit | Fecha de la visita: _____

Health Maintenance | Mantenimiento de la Salud:

Please note any preventive services you have had done and record the last date | Tenga en cuenta los servicios preventivos que haya realizado y registre la última fecha:

Service Servicio	Year Año	Service Servicio	Year Año
Flu shot Vacuna contra la gripe		Shingles Vaccine Vacuna contra el herpes	
Tetanus shot Vacuna contra el tétano		Mammogram (females) Mamografía (mujeres)	
Tetanus/Pertussis shot Vacuna contra el tétano/tos ferina		Pap Smear(females) Papanicolau (mujeres)	
Pneumonia shot Vacuna contra la neumonía		PSA test (males) Prueba de PSA (antígeno prostático) (hombres)	
Dental Visit Examen dental		Eye visit Examen de la vista	

Do you have a Health Care Proxy? | ¿Tiene un Apoderado de Atención Médica? **Yes | Sí** **No | No**
 (if no, please ask us for more information. If yes, please bring a copy to your visit | En caso negativo, solicite más información. En caso afirmativo, traiga una copia a su visita)

Family History | Historial familiar:

Have any of your close blood relatives had any of the following? | ¿Alguno de sus parientes consanguíneos cercanos tuvo alguna de las siguientes afecciones?

Condition Afección	Family Member/details Miembro de la familia/detalles
Diabetes Diabetes	
Heart disease/attack Enfermedad/ataque cardíaco	
Cancer Cáncer	
Mental Illness Enfermedad mental	
Alcohol or drug problems Problemas de alcohol o drogas	
Other Otro	

Social History | Historial social: (circle responses | encierre las respuestas en un círculo)

Marital status | Estado civil: **Single | Soltero** **Married | Casado** **Separated | Separado** **Divorced | Divorciado**
Widowed | Viudo

Entorno familiar: **Live alone | Vive solo** **Live with spouse or partner | Vive con su cónyuge o pareja**
Live in assisted living | Vive en una vivienda asistida

List any others living in your household | Enumere cualquier otra persona que viva en su hogar: _____

Highest level of education | Nivel de educación más alto alcanzado: **Less than 6th grade | Menor al 6.º grado** **Jr. High | Escuela Media**
High School | Escuela Secundaria **College | Universidad**

Occupation | Ocupación: _____

Westfield Family Physicians New Patient Intake Form
Formulario de admisión de pacientes nuevos de Westfield Family Physicians

Name | Nombre: _____ Date of visit | Fecha de la visita: _____

Do you currently smoke? | ¿Fuma actualmente? **Yes | Sí No | No** If so, how much? | Si es así, ¿cuánto? _____ How many years? |
 ¿Hace cuántos años? _____

Have you ever smoked? | ¿Alguna vez ha fumado? **Yes | Sí No | No** How much? | ¿Cuánto? _____ How many years? |
 ¿Durante cuántos años? _____

Any other tobacco use? | ¿Algún otro uso del tabaco? **Yes | Sí No | No** Type | Tipo: _____

Do you drink alcohol? | ¿Consumes alcohol? **Yes | Sí No | No** Type and amount | Tipo y cantidad: _____

Do you drink caffeine? | ¿Consumes caffeine? **Yes | Sí No | No** Type and amount | Tipo y cantidad: _____

Have you ever used street drugs? | **Yes | Sí No | No** Are you still using? | ¿Todavía las usa? **Yes | Sí No | No**
 ¿Alguna vez ha usado drogas callejeras?

If yes, which ones? | Si es así, ¿cuáles? Marijuana | Marihuana Heroin | Heroína Cocaine | Cocaína Amphetamines | Anfetaminas
 Downers | Barbitúricos Inhalants | Inhalantes

Do you exercise? | ¿Hace ejercicio? **Yes | Sí No | No** Type and how often | Qué tipo y con qué frecuencia: _____

How many servings of fruit or vegetables do you get each day? | 0 1 2 3 4 5
 ¿Cuántas porciones de frutas o verduras consume cada día?

Do you eat out at restaurants weekly? | **Yes | Sí No | No** How many times per week? | ¿Cuántas veces por semana? _____
 ¿Come en restaurantes semanalmente?

Is there any concern for your safety? (Emotional, physical or sexual abuse)? | ¿Tiene alguna preocupación por su seguridad?
 (Abuso emocional, físico o sexual) **Yes | Sí No | No**

Are you hard of hearing? | ¿Tiene problemas de audición? **Yes | Sí No | No** What is your preferred language? | ¿Cuál es su idioma de preferencia?

Do you have any problems caring for your health? (circle) | ¿Tiene algún problema para cuidar su salud? (marque con un círculo)

Cost | Costo Transportation | Transporte Understanding | Comprensión

Family problems | Problemas familiares Insurance | Seguro Other | Otro _____

Medications | Medicamentos:

Please list all medications you take including doses, times per day and over the counter medications. You may attach an additional list if needed. (we also request that you bring your bottles to your visit.)

Indique todos los medicamentos que toma, incluyendo las dosis, las veces por día y los medicamentos de venta libre. Puede adjuntar una lista adicional si es necesario. (También le pedimos que traiga los frascos a su visita).

Medication/dose Medicamento/dosis	times per day veces por día
ex: Enalapril 20 mg ej.: Enalapril 20 mg	2

Medication/dose Medicamento/dosis	times per day veces por día

Please list any drug allergies | Enumere cualquier alergia a medicamentos: _____

Which pharmacy do you use? | ¿Qué farmacia utiliza? (name and address | nombre y dirección) _____

PATIENT NAME (PRINT) |
NOMBRE DEL PACIENTE
(LETRA DE IMPRENTA):

DATE OF BIRTH |
FECHA DE NACIMIENTO:

DATE OF EXAM |
FECHA DEL EXAMEN:

GENERAL | GENERAL

- significant weight change | cambio de peso significativo
- increased thirst | aumento de la sed
- decreased energy | energía disminuida
- none of the above | ninguna de las anteriores

HEENT | HEENT (cabeza, ojos, oídos, nariz, garganta)

- swollen glands | glándulas hinchadas
- eye trouble - when was your last complete eye exam? |
problema ocular - ¿cuándo fue su último examen completo de la vista?

- difficulty hearing | dificultad para oír
- ear problems | problemas de oído
- dental / mouth problems - when was your last dental exam? |
problemas dentales/bucales - ¿cuándo fue su último examen dental? _____
- frequent nosebleeds | hemorragias nasales frecuentes
allergies or hayfever | alergias o fiebre del heno
- persistent hoarseness in voice | ronquera persistente en la voz
- none of the above | ninguna de las anteriores

**RESPIRATORY / CARDIOVASCULAR |
RESPIRATORIO/CARDIOVASCULAR**

- wheezing or shortness of breath |
sibilancia o dificultad para respirar
- frequent cough | tos frecuente
- sweating more than usual or "night sweats" |
suda más de lo normal o tiene "sudoración nocturna"
- racing heart or palpitations | corazón acelerado o palpitaciones
- tightness or pain in chest | presión o dolor en el pecho
- swollen feet or ankles | pies o tobillos hinchados
- unusual or prolonged fatigue | fatiga inusual o prolongada
- none of the above | ninguna de las anteriores

SKIN & EXTREMITIES | PIEL Y EXTREMIDADES

- skin problems or any changes in skin |
problemas en la piel o cualquier cambio en la piel
- aching muscles or joints |
dolor de los músculos o articulaciones
- lumps or bumps on your body |
bultos o protuberancias en su cuerpo
- daily pain. Where? | dolor diario ¿Dónde?

- none of the above | ninguna de las anteriores

NEUROLOGIC | NEUROLÓGICO

- frequent headaches | dolores de cabeza frecuentes
- been dizzy, fainted, or had blackouts |
mareos, desmayos o pérdida de la consciencia
- seizures or convulsions | ataques o convulsiones
- weak or numb arms or legs |
brazos o piernas débiles o entumecidas
- none of the above | ninguna de las anteriores

FOR MEN ONLY | PARA HOMBRES SOLAMENTE

- drip or discharge from your penis |
goteo o secreción del pene
- noticed lumps or swellings on testicles |
bultos o hinchazones observados en los testículos
- difficulty with your erection | dificultad con su erección
- none of the above | ninguna de las anteriores

PARA MUJERES SOLAMENTE

- vaginal bleeding after menopause |
sangrado vaginal después de la menopausia
- pain during sex | dolor durante el sexo
- vaginal bleeding after sex | sangrado vaginal
después del sexo
- vaginal itching or discharge | picazón o secreción
vaginal
- problems with your breasts | problemas con sus senos
- none of the above | ninguna de las anteriores

PATIENT NAME (PRINT) |
NOMBRE DEL PACIENTE
(LETRA DE IMPRENTA):

DATE OF BIRTH |
FECHA DE NACIMIENTO:

DATE OF EXAM |
FECHA DEL EXAMEN:

GASTROINTESTINAL & GENITOURINARY |
GASTROINTESTINAL Y GENITOURINARIO

heartburn or indigestion | acidez o indigestión

abdominal discomfort or pain | malestar o dolor abdominal

bouts of nausea or vomiting | episodios de náuseas o vómitos

difficulty swallowing | dificultad para tragar

bowel movements that were bloody or tarry |
heces con sangre u oscuras

none of the above | ninguna de las anteriores

any change in bowel habits | cualquier cambio en los hábitos de evacuación intestinal

frequent urination during the day or at night |
micción frecuente durante el día o la noche

uncomfortable or difficult urination | dificultad o incomodidad al orinar

loss of bladder or bowel control | pérdida del control
de la vejiga o el intestino

Please answer the following mood screening questions | Responda las siguientes preguntas sobre el estado de ánimo.

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following? |
En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguna de las siguientes cosas?

Little interest or pleasure in doing things? |
¿Poco interés o placer en hacer las cosas?

not at all |
para nada

several days |
varios días

more than half the days |
más de la mitad de los días

nearly every day |
casi todos los días

Feeling down, depressed, or hopeless? |
¿Se siente triste, deprimido o sin
esperanza?

not at all |
para nada

several days |
varios días

more than half the days |
más de la mitad de los días

nearly every day |
casi todos los días

Comments or concerns you would like to discuss at your visit? | ¿Tiene comentarios o inquietudes que le gustaría
discutir en su visita?

Patient signature |
Firma del paciente

Office use only | Solo para uso de la oficina:

Reviewed by |

Revisado por _____

Date |

Fecha _____

provider initials |

iniciales del proveedor