



Mi Reporte Médico



Prepare y comparta esta información con su médico

Sobre Mi

Mi nombre completo es: _____ Me llaman: _____

Soy una persona con *(Síndrome de Down, Parálisis Cerebral, etc.)* _____ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___

Preferencias de comunicación: *(por ejemplo, intérprete, etc.)* _____





Tengo un tutor legal No Sí, y su nombre es _____

Usted puede hablar con esta persona acerca de mi salud: _____ Relación: _____

La Razón de mi Visita Hoy es

Seleccione: Necesito un formulario Necesito una receta Exámen Físico Anual Síntoma nuevo

Describe el problema(s) o dolor: _____

Si es dolor, se siente como: Quemazón  Latente  Agudo  Leve  Otro

¿Cuándo comenzó? _____ ¿Ha tenido este problema antes? _____

¿Qué lo mejora? *(por ejemplo, reposo, medicamento, etc.)* _____

¿Qué lo empeora? *(por ejemplo, comer, actividad física, etc.)* _____

Desde mi Última Visita

Tengo *(lista de cualquier evento médico importante, hospitalizaciones o cualquier otra información que usted piensa que debería saber):*

Mi salud en general es *(mejor, peor, más o menos lo mismo que mi última visita):*

En general, me he sentido:



contento



triste/
deprimido



ansioso

Medicaciones que estoy Tomando

Nombre	Dosis	Frecuen.
<input type="checkbox"/> <i>por ejemplo, Amlodipine</i>	<i>5mg</i>	<i>1x día</i>
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

Si es nuevo, marque la casilla de verificación.

Adjunte lista de medicamentos si necesita más espacio.

Mi Historial Médico y Quirúrgico

Me han diagnosticado con *(diabetes, depresión, etc.):*

He sido hospitalizado por *(bronquitis, una lesión, etc.):*

He tenido una cirugía por *(una lesión, afección cardíaca, amígdalas, etc.):*

Mi Reporte Médico

Mi Vida Diaria

Vivo en:



En casa



En un hogar de grupo



Enfermería o en
Vivienda Asistida

Vivo con *(solo, familia, amigos, otros)*:

Me he mudado recientemente: Sí No

Mi estado laboral

Empleado Desempleado Estudiante

Mi trabajo es: _____ tiempo completo
 tiempo medio

Ubicación: _____

Me transporto *(caminando independientemente, usando silla de
ruedas manual o automatizada, caminando con bastón, etc.):*

¿Algún cambio en su movilidad? Sí No

Por favor describa _____

Ultimamente he estado...

- Comiendo más o menos
- Perdiendo interés
- Sintiéndome cansado
- Quiero lastimarme a mi mismo o a los demás
- Incapaz de concentrarme
- Con problemas para dormir
- Otro _____

Comentarios Adicionales para Mi Doctor

Por ejemplo, preguntas sobre otras preocupaciones, sobre mis medicamentos, o actividades, etc.

Este formulario fue completado por *(en letra de molde)* _____

Firma _____ Fecha _____



Mis Abilidades

	Por mi Cuenta	Con Ayuda
Comer/beber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar el baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bañarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mi Salud Sexual

Estoy sexualmente activo:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Practico sexo seguro:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Necesito más información sobre cómo practicar sexo seguro:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tengo preguntas sobre los períodos:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tengo otras preguntas relacionadas al sexo:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Mi Salud Preventiva

Mi último examen físico: _____

Mi último examen ocular: _____

Mi última prueba de audición: _____

Mi última cita dental: _____

Mi última vacuna de gripe: _____

Mi última colonoscopia *(si tiene más de 50)*: _____

Mi último examen de próstata y PSA *(si tiene más de 45)*:

Mi última mamografía/examen de la mama *(si tiene más
de 40)*: _____

Mi último Papanicolaou *(si está entre 21-65)*: _____

Vacunas recientes *(es decir, vacunas antigripales)*: _____