

Patient information summary Resumen de información del paciente

This information will remain confidential unless you authorize its release
Esta información se mantendrá confidencial a menos que usted autorice su liberación

Name _____ Date _____ Date of Birth _____
Nombre Fecha Fecha de Nacimiento

Reason for your visit to North Star Lodge? _____
¿La razón por su visita a North Star Lodge?

What doctors have you seen? : _____
¿Cuáles médicos ha visto?

Referred by: _____
Referido por:

Have you had x-rays or scans? When and where? _____
¿Ha tenido usted alguna radiografía o imagen escaneada? ¿Cuándo y donde?

Have you been hospitalized in the past? Reason(s) _____
¿Ha sido usted hospitalizado en el pasado? La razón

Have you had surgery in the past? Type and year _____
¿Ha tenido usted cirugía en el pasado? Tipo y año

Personal Health History

Have you had any of the following? If yes, please explain.
¿Ha tenido cualquiera de lo siguiente? Si si, explique por favor.

- ___ Allergy *Alergia* _____
- ___ Anemia *Anemia* _____
- ___ Arthritis *Artritis* _____
- ___ Asthma *Asma* _____
- ___ Cancer *Cáncer* _____
- ___ Depression *Depresión* _____
- ___ Diabetes *Diabetes* _____
- ___ Emphysema *Enfisema* _____
- ___ Heart disease or a heart murmur *Enfermedad del corazón o un soplo cardíaco* _____
- ___ Hepatitis or Yellow Jaundice *Hepatitis o Ictericia* _____
- ___ High blood pressure *Presión arterial alta* _____
- ___ Kidney Stones *Piedras en los riñones* _____
- ___ Liver disease *Enfermedad del hígado* _____
- ___ Low back pain *Dolor de espalda inferior* _____
- ___ Migraine *Migraña* _____
- ___ Seizures *Ataque epiléptico* _____
- ___ Tuberculosis _____
- ___ Other medical condition *Otra condición medica* _____

Are you taking prescription medications? If yes, please list.
¿Esta usted tomando medicinas recetadas? Si si, por favor listar.

Over the counter medications?
¿Medicinas sin receta medica? _____

Vitamins, minerals, herbals or supplements?
¿Vitaminas, minerales, hierbas o suplementos? _____

Do you have allergies or bad reactions to any medications?
¿Tiene usted alergias o mala reacción a alguna medicina?
Name of medication *Nombre de la medicina* What happens when you take it? *¿Qué sucede cuando se la toma?*

What is your pharmacy of choice? _____
¿Cuál es su farmacia de selección?

Family History If any of the following apply, please explain
Historia Familiar Si cualquiera de lo siguiente aplica, por favor explique.

If alive, is your father ill with any disease process or cancer? List _____

¿Si vivo, esta su padre enfermo con cualquier proceso de enfermedad o cáncer? Lista

Age and cause of death if deceased _____
Edad y causa de muerte si difunto

If alive, is your mother ill with any disease process or cancer? List _____

¿Si viva, esta su madre enferma con cualquier proceso de enfermedad o cáncer?

Age and cause of death if deceased _____
Edad y causa de muerte si difunta

Do you have sisters and brothers? Their ages and health?
¿Tiene usted hermanas e hermanos - Sus edades y salud?

Do you have children? *¿Tiene usted hijos?*
How many? *¿Cuántos?* _____
Ages and Health *Edades y Salud* _____

Are there diseases that run in the family? *¿Hay enfermedades que vienen en familia?*
Name *Nombres* _____

Social History *Historia Social*

What is your age? _____ Marital Status S ___ M ___ W ___ Div ___ Sep ___
¿Cuál es su edad? Estado Matrimonial S C V Div Sep

Where do you live (town)? _____ Current / Prior Occupation _____
¿Dónde vive usted (Pueblo)? Corriente / Previa Ocupación

Are you working? No ___ Yes= Full time ___ Part time ___ No, Retired ___ Student ___
¿Trabaja usted? Si = tiempo completo parte de tiempo Jubilado Estudiante

If no, do you plan to return to work? _____
¿Si no, tiene usted previsto volver al trabajo?

Educational Experience: High School ___ College ___ Post Grad ___
Experiencia Educacional Secundaria Colegio Posto-Graduo

What are your main hobbies or interests? _____
¿Cuáles son sus pasatiempos principales o intereses

Check any of the following that apply. Please explain
Indique si cualquiera de lo siguiente aplica. Explique por favor.

Smoking History *Antecedentes de Fumador*

___ Never smoked *Nunca Fume*

___ Smoke *fumo*

___ Quit *Deje de fumar* _____ Quit date *Fecha que deje de fuma*

Alcohol consumption *Consumo Alcohol*

Frequency *Frecuencia*

___ None *Ninguna*

___ Less than once a week *menos de una vez por semana*

___ 2-4 times a week *2-4 veces por semana*

___ Nearly every day *Casi diario*

Amount *Cantidad*

Beer Cerveza - Wine Vino - Liquor Licor

In the last year have you experienced any of the following?

¿En el año pasado ha usted experimentado cualquiera de lo siguiente?

___ Marriage *Matrimonio*

___ Divorce or Separation *Divorcio o Separación*

___ Major Illness or death *Enfermedad grave o muerte en la familia*

___ Personal illness or injury *enfermedad o herida personal*

___ Gained a new family member *Ganancia de un nuevo miembro de la familia*

___ Change in job or home *Cambio de trabajo o hogar*

___ Do you have any religious/culture beliefs/needs that we should be aware of during your treatment?

¿Tiene usted alguna creencia/necesidad religiosa/cultural que debemos estar consiente de durante su tratamiento?

Check if any of the following apply. *Indique si cualquiera de lo siguiente aplica.*

Yes Si ___ No ___ Do you support yourself by full time employment? *¿Se mantiene usted con empleo de tiempo completo?*

Yes Si ___ No ___ Do you collect Social Security? *¿Colecta usted Seguro Social?*

Yes Si ___ No ___ Do you support yourself with public assistance? *¿Se mantiene usted con ayuda publica?*

Yes Si ___ No ___ Do you have other means of support? Explain *¿Tiene usted otros medios de apoyo? Explique*

Yes Si ___ No ___ Do you live in your own home? *¿Vive usted en su propio hogar?*

Yes Si ___ No ___ Do you live in an apartment? *¿Vive usted en un apartamento?*

Yes Si ___ No ___ Other living accommodations? Explain *¿Otros alojamientos? Explique*

Yes Si ___ No ___ Are you safe in your home? If not, why? *¿Esta usted seguro en su hogar? ¿Si no, porque?*

Yes Si ___ No ___ Are you anticipating needing help at home? *¿Anticipa usted necesitar ayuda en casa?*

Yes Si ___ No ___ Do you have difficulty walking? Why? *¿Tiene usted dificultad para caminar? ¿Porque?*

Yes Si ___ No ___ Do you have a living will? If yes, please bring a copy with you if available. *¿Tiene usted un testamento en viada? Si si, favor de traer una copia con usted si es disponible.*

Yes Si ___ No ___ Do you have a Durable Power of Attorney? If yes, please bring a copy with you if available. *¿Tiene usted un Poder Duradero? Si si, favor de traer una copia con usted si es disponible*

Yes Si ___ No ___ Are you or your family member(s) interested in a support group? What type? *¿Esta usted o su familia interesados en un grupo de apoyo? ¿Que tipo?*

Yes Si ___ No ___ Do you have any questions regarding your dietary needs? *¿Tiene usted alguna pregunta con respeto sus necesidades dietéticas?*

Indicate any of the following services you are using. *Indique cualquiera de los siguientes servicio que esta utilizando.*

___ Home care *Cuidado casero*

___ Social Work *Trabajo Social*

___ Physical Thereapy *Fisioterapia*

___ Oxygen Thereapy *Terapia de Oxigeno*

___ Unemployment insurance *Seguro de Desempleo*

___ Sick Benefits *Beneficios de Enfermos*

___ Cancer Society *Sociedad de Cáncer*

___ Disability *Incapacidad*

___ Welfare

___ Other *Otro*

REVIEW OF SYMPTOMS REVISION DE SÍNTOMAS

Check if any of the following apply. Please explain.

Indique si cualquiera de lo siguiente aplica. Favor de explicar

GENERAL

___ Recent weight loss *Perdida de peso reciente* Pounds *Libras* ___

___ Recent weight gain *Aumento de peso reciente* Pounds *Libras* ___

___ Night Sweats *Sudores Nocturnos*

___ Fevers *Fiebre*

___ Loss of appetite *Perdida de apetito*

___ Swollen ankles *Tobillos hinchados*

___ Skin Problems *Problemsas de la piel*

___ Increase in thirst *Aumento en la sed*

___ New lumps in skin or armpits *Nuevos bultos en la piel o axila*

- ___ Fatigue, lack of energy *Fatiga, falta de energia*
- ___ Difficulty sleeping *Dificultad para dormir*
- ___ Muscle weakness *Debilidad de los musculos*
- ___ Use walker/cane/wheelchair *Utiliza andadera/bastón/silla de ruedas*

HEART CIRCULATION CORAZON CIRCULACION

- ___ Have a heart murmur *tiene un soplo cardiaco*
- ___ Chest pain at rest *Dolor de pecho a reposo*
- ___ Chest pain with walking or exercise *Dolor de pecho con caminar o ejercicio*
- ___ Frequent irregular heart beat *Latido irregular del corazón frecuente*
- ___ Need to sit up to breathe at night *Necesita sentarse para respirar por la noche*
- ___ Have pain in thighs or calves that goes away when you stop walking *Tiene dolor en los muslos o pantorrillas que para al dejar de caminar*

LUNGS PULMONES

- ___ Chronic cough *Tos cronica*
- ___ Coughing up blood *Arroja sangre cuando tose*
- ___ Pain with breathing *Dolor con la respiración*
- ___ Wheezing *Silbidos*
- ___ Shortness of breath *Falta de respiración*

Yes *Si* ___ No ___ Do you understand how to manage your pain? *¿Comprende usted cómo manejar su dolor?*

Yes *Si* ___ No ___ Would you be interested in a free exercise program? *¿Estuviera usted interesado/a en un programa de ejercicio gratuito?*

Yes *Si* ___ No ___ Do you have any dental concerns? *¿Tiene usted alguna preocupación dental?*

NERVOUS SYSTEM SISTEMA NERVIOSO

- ___ Headaches *Dolores de cabeza*
- ___ Blurred or double vision *Vision borrosa o doble vision*
- ___ Seizures *Ataque epiléptico*
- ___ Diminished hearing *Audiencia disminuida*
- ___ Difficulty with speech *Dificultad con hablar*
- ___ Numbness, tingling *Entumecimiento o hormigueo*
- ___ Balance problems *Problemas de equilibrio*
- ___ History of falling *Historia de caer*
- ___ Memory trouble *Problemas de memoria*
- ___ Panic Attacks *Ataques de panico*
- ___ Anxiety *Ansiedad*
- ___ Excessive worry *Preocupación excesiva*
- ___ Crying spells *Ratos de llanto*
- ___ Feeling of worthlessness *Sensación de inutilidad*
- ___ Depression *Depresión*

STOMACH, INTESTINAL ESTOMAGO, INTESTINAL

- ___ Difficulty swallowing *Dificultad con tragar*
- ___ On tube feeding/TPN *Utiliza la alimentación por sonda/TPN*
- ___ Frequent heartburn *Agruras (acidez gástrica) frecuentes*

- Known ulcer *Úlcera conocida*
- Frequent stomach pain *Dolor estomacal frecuente*
- Nausea and vomiting *Nausea y Vomito*
- Gallstones *Calculo biliar*
- Diarrhea *Diarrea*
- Black or tarry BM's *Evacuación intestinal negra o alquitranada*
- Red blood in BM's *Sangre roja en evacuación intestinal*
- Mucous in BM's *Mucoso en evacuación intestinal*
- Constipation *Estreñimiento*
- Have an ostomy *Ha tenido una Ostomia*

Yes Si No One to two normal BM's nearly every day. *Una a dos evacuaciones intestinales normales casi diario.*

HEAD, EYES, EARS, NOSE, THROAT CABEZA, OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA

- Hoarseness, recent or lasting longer than 2 wks *Ronquera, reciente o que dura mas de 2 semanas*
- Frequent bleeding gums *Encías sangrientas frecuentes*
- Frequent nosebleeds *Hemorragia nasal frecuente*
- Hay fever *Fiebre del heno*

URINARY URINARIO

- Having frequent urinary tract infection *Infecciones de las vías urinarias frecuentes*
- Burning with urination *Ardor cuando orina*
- Have to urinate ever hour *Tiene que orinar cada hora*
- Lose your urine when coughing or excited *Suelta la orina al toser o excitarse*
- Blood in urine *Sangre en la orina*
- Trouble starting urination *Problemas para comenzar a orinar*
- Urge to urinate, but pass only small amounts *Urgencia de orinar pero solo pasa cantidades pequeñas*
- Frequency of urination at night *Orina frecuentemente por las noches*

FEMALES MUJERES

- Breast lumps *Bultos en los senos*
- Unusual vaginal bleeding *Sangrado vaginal inusual*
- Vaginal discharge *Secreción vaginal*
- Sexual problems *Problemas sexuales*
- Regular periods *Reglas regulares*
- Date of last pap smear *Fecha de su ultimo Papanicolaou*
- Date of last mammogram *Fecha de su ultima mamografía*
- How many children? *¿Cantidad de hijos?*
- Age at 1st menstrual period *Edad a comenzar su 1 regla menstrual*
- Age at menopause *Edad a comenzar la menopausia*

Yes Si No Do you perform monthly breast exams? *¿realiza usted los exámenes mensuales de seno?*

Patient Signature _____ Firma del Paciente