

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____



BIENVENIDO A BAPTIST HEALTH MEDICAL GROUP

DIRECCIÓN:	
TELÉFONO:	
FAX:	
HORARIO:	
DESPUÉS DEL HORARIO:	

Estimado/a _____:

Gracias por confiar su atención médica a Baptist Health Medical Group. Nuestro equipo de médicos y nuestro personal estamos comprometidos con prestarle atención médica avanzada en un entorno cómodo y sanador. Nuestro objetivo es asegurarnos de que su visita sea lo más agradable y sin complicaciones posible.

Su cita con _____ es el _____ a las _____.

Adjunto en este paquete para pacientes nuevos encontrará:

- Formularios del paciente que se deben completar antes de la consulta
- Políticas y procedimientos

Queremos hacer todo lo posible por asegurar la puntualidad de su consulta. Para eso, le pedimos que llegue a su cita 15 minutos antes de la hora programada. Además, le pedimos que traiga cualquier artículo que corresponda de la lista de abajo.

- ✓ Formularios adjuntos completados.
- ✓ Identificación con foto.
- ✓ Tarjetas de seguros.
- ✓ Lista de medicamentos y suplementos actuales.
- ✓ Cualquier pago que tenga que hacer (copago, coseguro, prepago).
- ✓ Expedientes médicos de su proveedor de atención primaria o especialista anterior.
- ✓ Documentos importantes, incluyendo CD con imágenes como MRI, radiografías, tomografías computarizadas y cualquier informe por escrito u otros análisis de diagnóstico relevantes que le hayan hecho.

Esperamos que su experiencia en Baptist Health sea excelente. No dude en llamarnos al teléfono mencionado arriba si tiene alguna pregunta, comentario o preocupación sobre nuestro consultorio. Estamos comprometidos con resolver sus solicitudes de manera oportuna y nos esforzamos por prestar servicios y atención médica de calidad a todos nuestros pacientes.

Atentamente,

Su equipo de atención médica de Baptist Health Medical Group

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



MEDICAL GROUP

Escriba los nombres de los siguientes médicos que pueden estar involucrados en sus necesidades de atención médica.

Atención primaria: _____

Ginecólogo: _____

Oncólogo médico: _____

Oncólogo de radiación: _____

Cirujano plástico: _____

Cirujano general/otro: _____

Quejas de las mamas

Complete la siguiente información lo mejor que pueda.

Motivo de la visita: _____ Fecha de hoy: _____

Lugar: _____ ¿Protuberancia? Sí No Gravedad o tamaño: _____

¿Duele? Sí No ¿Cambios recientes en la piel? Sí No

¿Secreción en el pezón? Sí No ¿Secreción con color? Sí No

Si la respuesta es Sí, describa: _____

Si la respuesta es Sí, ¿cuánto tiempo lleva teniendo esos síntomas? _____

Cualquier síntoma asociado: _____

Causas posibles asociadas (por ejemplo, medicamentos, ciclo menstrual): _____

Médico que remite: _____

Escriba hasta dos médicos a los que quiere que se les envíe por fax su información.

Nombre: _____

Nombre: _____

Historia de las mamas

Fecha de su última mamografía: _____ ¿Autoexamen de las mamas? _____

Implantes de mama Sí No Tamaño de sostén: _____

¿Ha tenido antes alguna operación cosmética de las mamas? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿qué le hicieron? _____

Nombre del cirujano: _____

Procedimientos anteriores en las mamas

Escriba el año del procedimiento e indique si fue en la izquierda o derecha.

Aspiración de quiste Año: _____ Derecha Izquierda

Mastectomía Año: _____ Derecha Izquierda

Biopsia quirúrgica Año: _____ Derecha Izquierda Tipo: _____

Lumpectomía Año: _____ Derecha Izquierda

Biopsia con aguja Año: _____ Derecha Izquierda Tipo: _____

Reconstrucción Año: _____ Derecha Izquierda

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



MEDICAL GROUP

¿Alguna vez le han diagnosticado cáncer de mama? Sí No

Si la respuesta es Sí, complete las siguientes preguntas relacionadas con su plan de tratamiento.

¿Quimioterapia? Sí No Fecha: _____ Tipo: _____

Terapia hormonal (por ejemplo, Tamoxifen, Anastrozole)? Sí No Fecha: _____

Tipo: _____

Médico: _____

¿Radioterapia? Sí No Fecha: _____ Tipo: _____

Médico: _____

¿Operación? Sí No Fecha: _____ Tipo: _____

Cirujano: _____

Historia obstétrica y ginecológica

Edad en que empezó el periodo menstrual: _____ años

¿Todavía tiene su ciclo menstrual? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿cuándo fue su último periodo? _____

Si la respuesta es No, ¿cuándo empezó la menopausia? _____

¿Le quitaron el útero o ambos ovarios? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿cuándo? _____ ¿Por qué? _____

¿Alguna vez ha estado embarazada? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿cuántas veces? _____ ¿Cuántos nacimientos vivos? _____

¿Cuántos abortos/abortos espontáneos? _____

¿Qué edad cuando nació su primer hijo? _____ ¿Dio de mamar? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿tiempo total amamantando a todos los hijos? _____

¿Alguna vez ha tomado anticonceptivos? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿qué tipo y por cuánto tiempo? _____

¿Alguna vez ha tomado reemplazo de hormonas? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿qué tipo y por cuánto tiempo? _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



BAPTIST HEALTH®

MEDICAL GROUP

Revisión de los sistemas

Marque la casilla si tiene alguna de las siguientes.

Constitución

- Cambio de actividad
- Cambio de apetito
- Escalofríos
- Fatiga
- Fiebre
- Cambio inesperado de peso: _____ lb
- Sudoración

CABEZA, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA

- Protuberancia o masa en el cuello
- Llagas en la boca
- Hemorragias nasales
- Dolor de garganta
- Tinnitus/zumbido en los oídos
- Dificultad para tragar
- Cambio en la voz

Ojos

- Cambios en la vista
- Amarillez

Cardiovascular

- Dolor de pecho
- Hinchazón de pierna
- Palpitaciones

Musculoesqueléticos

- Dolor de espalda
- Dolor en el costado
- Dolor de articulaciones
- Rango de movimiento del hombro limitado
- Dolores musculares/ espasmos
- Dolor de cuello
- Rigidez en el cuello

Piel

- Dificultad para sanar
- Irritada
- Sarpullido
- Herida

Hematológicos

- Hematomas/sangrar fácilmente
- Nodos linfáticos agrandados

Alergias/inmunológico

- Alergias medioambientales
- Alergias a comida
- Inmunocomprometido

Psiquiátricos

- Ansiedad
- Confusión
- Disminución de la concentración
- Depresión
- Trastornos del sueño
- Pensamientos suicidas

Respiratorio

- Opresión en el pecho
- Tos
- Toser con sangre
- Mareo con esfuerzo
- Mareo sin esfuerzo
- Falta de aire
- Sibilancias

Endocrinológicos

- Intolerancia al frío
- Intolerancia al calor
- Premenopausia/ menopausia

Genitourinario

- Sangrado vaginal anormal
- Secreción vaginal anormal
- Sangre en la orina
- Dificultad para orinar
- Necesidad de orinar frecuente
Cuántas veces cada día: _____
- Incontinencia
- Dolor durante las relaciones sexuales
- Dolor al orinar
- Dolor pélvico
- Problemas con la menstruación

Gastrointestinales

- Distensión abdominal
- Dolor abdominal
- Sangre en heces
- Estreñimiento
- Diarrea
- Náuseas
- Dolor rectal
- Vómitos

Neurológico

- Problemas de equilibrio
- Mareo
- Desmayos
- Dolores de cabeza frecuentes
- Aturdido
- Dolores de cabeza nuevos o diferentes
- Entumecimiento: _____
- Convulsiones
- Dificultades para hablar
- Debilidad súbita en extremidad: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



MEDICAL GROUP

Medicamentos actuales

Escriba la lista de todos los medicamentos con receta y de venta libre, medicamentos a base de plantas y vitaminas (incluya la dosis y la frecuencia).

Nombre del medicamento/medicina /vitaminas	Dosis (si sabe)	¿Cuántas diariamente?	Nombre del medicamento/medicina /vitaminas	Dosis (si sabe)	¿Cuántas diariamente?
1.			7.		
2.			8.		
3.			9.		
4.			10.		
5.			11.		
6.			12.		

Anticoagulantes

¿Está tomando algún anticoagulante? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿qué tipo y dosis? _____

¿Quién maneja sus anticoagulantes? _____

Alergias

Escriba todas las que se aplican.

Alergias a medicamentos	Reacción
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Alergias a comida u otras alergias	Reacción
1. Látex: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2.	
3.	
4.	
5.	

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



MEDICAL GROUP

Cuestiones médicas

Escriba cualquier cuestión médica actual o crónica (por ejemplo, presión alta, diabetes).

Cuestiones médicas
1.
2.
3.
4.
5.

Cuestiones médicas
6.
7.
8.
9.
10.

Historia de operaciones, incluyendo biopsias.

Escriba todas las operaciones (que no sean de las mamas) con fechas o edad aproximadas.

Tipo	Cuándo	Lugar	Médico
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Operaciones anteriores

Escriba todas las hospitalizaciones con fechas aproximadas o edad (no incluya por operaciones ni partos).

Motivo	Cuándo	Lugar	Edad
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



MEDICAL GROUP

Historia social

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

¿Es sexualmente activo? Sí No

¿Consumo ahora o alguna vez consumió productos de tabaco (tabaco o rapé/masticable)?

Sí No Si la respuesta es sí, ¿qué tipo? _____

¿Cuánto al día? _____ ¿Durante cuántos años? _____ ¿Cuándo lo dejó? _____

¿Consumo alcohol? Sí No

¿Cuánto al día? _____ ¿Tipo? _____

¿Consumo o ha consumido drogas ilícitas? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿cuándo y qué tipo? _____

¿Bebe cafeína? Sí No Si la respuesta es Sí, ¿cuánto al día? _____

¿Cuál es su ocupación? _____

Historia de la familia

¿Número de hijas? _____ ¿Número de hijos? _____

¿Número de hermanas? _____ ¿Número de hermanos? _____

¿Número de tías maternas? _____ ¿Tíos maternos? _____ ¿Tías paternas? _____ ¿Tíos paternos? _____

Indique abajo los familiares (padres, abuelos, hermanos, tías, tíos, primos) tienen los problemas de salud mencionados. Escriba el familiar, si es del lado materno o paterno, y edad cuando le dieron el diagnóstico, si la sabe.

Indique el familiar
Trastornos hemorrágicos
Trombosis venosa profunda
Trastornos de coagulación
Hipertermia maligna
Cáncer del cerebro
Cáncer de colon
Cáncer de mama
Melanoma
Cáncer de ovario
Cáncer de páncreas
Cáncer de próstata
Otros cánceres