



# 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"/> por ejemplo, Amlodipine	5mg	1x día
<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 \_\_\_\_\_

## 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:  Sí  No
- Practico sexo seguro:  Sí  No
- Necesito más información sobre  
cómo practicar sexo seguro:  Sí  No
- Tengo preguntas sobre los períodos:  Sí  No
- Tengo otras preguntas  
relacionadas al sexo:  Sí  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)*: \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_

