

Nombre del paciente/Patient name: _____
 N.º DE HISTORIA CLÍNICA/MRN: _____
 FECHA DE NACIMIENTO/DOB: _____
 Fecha/Date: _____

Razón de su consulta o ¿de qué quiere hablar hoy?/ Reason for Visit/What do you want to talk about: _____

1. ANTECEDENTES DEL PACIENTE/PATIENT HISTORY

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes problemas?/ Have you ever, or do you now have any of the following?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia/anemia | <input type="checkbox"/> Problemas para comer/eating problems | <input type="checkbox"/> Melanoma maligno/melanoma |
| <input type="checkbox"/> Anorexia/anorexia | <input type="checkbox"/> Depresión/depression | <input type="checkbox"/> Problemas menstruales/menstrual problems |
| <input type="checkbox"/> Artritis/arthrititis | <input type="checkbox"/> Diabetes/diabetes | <input type="checkbox"/> Migrañas/migraines |
| <input type="checkbox"/> Asma/asthma | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones/epilepsy or seizures | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual/sexually transmitted disease |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/cancer | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca/heart disease | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides/thyroid problems |
| <input type="checkbox"/> Varicela/chicken pox | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial o presión arterial baja/high/low blood pressure | <input type="checkbox"/> Otra, méncionela/other, please list: |

Mencione todas las hospitalizaciones que ha tenido (quirúrgicas, médicas, psiquiátricas) y el año /Please list all hospitalizations you have had (surgical, medical, psychiatric) and the year: _____

2. ANTECEDENTES FAMILIARES/FAMILY HISTORY Marque todas las casillas que correspondan:/If yes, check all that apply:

- | | | | | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| Cáncer de seno/
Breast Cancer | <input type="checkbox"/> no/no | <input type="checkbox"/> sí/yes | <input type="checkbox"/> padre/father | <input type="checkbox"/> madre/mother | <input type="checkbox"/> hermano/sibling | <input type="checkbox"/> otro pariente consanguíneo/
other blood relative |
| Cáncer de colon/
Colon Cancer | <input type="checkbox"/> no/no | <input type="checkbox"/> sí/yes | <input type="checkbox"/> padre/father | <input type="checkbox"/> madre/mother | <input type="checkbox"/> hermano/sibling | <input type="checkbox"/> otro pariente consanguíneo/
other blood relative |
| Diabetes/ Diabetes | <input type="checkbox"/> no/no | <input type="checkbox"/> sí/yes | <input type="checkbox"/> padre/father | <input type="checkbox"/> madre/mother | <input type="checkbox"/> hermano/sibling | <input type="checkbox"/> otro pariente consanguíneo/
other blood relative |
| Trastorno genético/
Genetic Disorder | <input type="checkbox"/> no/no | <input type="checkbox"/> sí/yes | <input type="checkbox"/> padre/father | <input type="checkbox"/> madre/mother | <input type="checkbox"/> hermano/sibling | <input type="checkbox"/> otro pariente consanguíneo/
other blood relative |
| Enfermedad cardíaca/
Heart Disease | <input type="checkbox"/> no/no | <input type="checkbox"/> sí/yes | <input type="checkbox"/> padre/father | <input type="checkbox"/> madre/mother | <input type="checkbox"/> hermano/sibling | <input type="checkbox"/> otro pariente consanguíneo/
other blood relative |

Nombre del paciente/Patient name: _____

N.º DE HISTORIA CLÍNICA/MRN: _____

FECHA DE NACIMIENTO/DOB: _____

Fecha/Date: _____

Hipertensión arterial/ no/no sí/yes padre/father madre/mother hermano/sibling otro pariente consanguíneo/ other blood relative

Alto nivel de colesterol/ no/no sí/yes padre/father madre/mother hermano/sibling otro pariente consanguíneo/ other blood relative

Otro tipo de cáncer/ no/no sí/yes padre/father madre/mother hermano/sibling otro pariente consanguíneo/ other blood relative

3. EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD/HEALTH RISK ASSESSMENT

¿Bebe alcohol?/ Do you drink alcohol? no/no sí/yes

Si la respuesta es sí, especifique la cantidad de tragos por semana/ If yes, # of drinks per week: _____

¿Fuma o usa otros productos de tabaco?/Do you smoke or use other forms of tobacco? no/no sí/yes lo hacía antes /former

Si lo hacía antes, especifique la fecha en que dejó de hacerlo/ If former, quit date: _____

¿Ha usado alguna vez drogas recreativas o callejeras?/ Have you ever used recreational/street drugs? no/no sí/yes

¿Ha hecho alguna vez mal uso de medicamentos recetados?/ Have you ever misused prescribed drugs? no/no sí/yes

¿Hace ejercicio en forma regular?/ Do you exercise regularly? no/no sí/yes

¿Está satisfecho con sus hábitos alimenticios?/ Are you satisfied with your eating habits? no/no sí/yes

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia tenía poco interés en realizar alguna actividad o disfrutar de ella? Seleccione una respuesta./ Over the past two weeks, how often have you had little interest or pleasure in doing things? Select one response.

- en ningún momento/not at all algunos días/ several days más de la mitad de los días/more than half of the days casi todos los días/nearly every day

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se sintió triste, deprimido o desalentado? Seleccione una respuesta./ Over the past two weeks, how often have you been down, depressed, or hopeless? Select one response.

- en ningún momento/not at all algunos días/ several days más de la mitad de los días/more than half of the days casi todos los días/nearly every day

Nombre del paciente/Patient name: _____

N.º DE HISTORIA CLÍNICA/MRN: _____

FECHA DE NACIMIENTO/DOB: _____

Fecha/Date: _____

¿Hay otro problema importante que afecte a la familia o la pareja?/ Are there any significant issues affecting family/significant others? no/no sí/yes

Si la respuesta es sí, explique/ If yes, please explain:

¿Hay que tener alguna consideración cultural o religiosa con respecto a su atención?/ Are there any religious/cultural considerations regarding your care? no/no sí/yes

Si la respuesta es sí, explique/ If yes, please explain:

¿Tiene alguna pregunta sobre enfermedades de transmisión sexual?/ Do you have any questions about sexually transmitted diseases? no/no sí/yes

¿Le gustaría que le hicieran exámenes para saber si tiene alguna enfermedad de transmisión sexual?/ Would you like to be tested for sexually transmitted diseases? no/no sí/yes

¿Está experimentando algo en el recinto o en su casa que lo haga sentir inseguro?/ Are you having any experiences on campus and/or at home that make you feel unsafe? no/no sí/yes

4. ALERGIAS Y VACUNAS/ALLERGIES and IMMUNIZATIONS

Complete la sección 4 A a B, **a menos que** tenga una cuenta de Vigila mi salud (FMH, por sus siglas en inglés) * y haya revisado y verificado la veracidad de la información en la cuenta. / Please complete section 4 A-B **unless** you have a Follow My Health account and you have reviewed and verified the accuracy of the information in your account.

Para obtener más información sobre Vigila mi salud (FMH), visite el sitio web: medical.mit.edu/fmh

For more information on Follow My Health, please visit medical.mit.edu/fmh

A. Alergias/Allergies

¿Tiene alguna alergia a medicamentos?/ Do you have any allergies to medications? no/no sí/yes

Si la respuesta es sí, mencione los medicamentos y su reacción/ If yes, please list medication(s) and reaction: _

B. Vacunas/Immunizations

**Lleve cualquier información que posea de sus vacunas a la cita/ Please bring any immunization information with you to your appointment.*

C. Medicamentos/Medications

**Lleve cualquier información que posea de sus vacunas a la cita/ Please bring any immunization information with you to your appointment.*

5. EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE APRENDIZAJE/LEARNING NEEDS ASSESSMENT

¿Tiene alguno de los siguientes?/Do you have any of the following:

Problemas de aprendizaje/Learning disabilities? no/no sí/yes

Limitaciones de la vista/Visual limitations? no/no sí/yes

Limitaciones de la audición/Hearing limitations? no/no sí/yes

Si la respuesta es sí, explique/If yes, please explain: _____

Nombre del paciente/Patient name: _____

N.º DE HISTORIA CLÍNICA/MRN: _____

FECHA DE NACIMIENTO/DOB: _____

Fecha/Date: _____

6. CONTROL DE SISTEMAS/REVIEW OF SYSTEMS

¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas?/ Are you currently experiencing any of the following....?

a. General/General

- Fatiga/
Fatigue
 Insomnio/Trouble
sleeping
 Cambios de
peso/Weight
changes
 Debilidad/
Weakness
 Fiebre/
Fever

- Dolor, en una escala del 0 al 10 (0= sin dolor, 10= máximo dolor)/Pain, rated on a scale from 0 - 10 (0 = no pain, 10 = worst pain): _____

b. Evaluación funcional/Functional assessment

¿Su salud se ve limitada a alguna de las siguientes actividades?/Is your health limited in any of the following activities:

Trabajo/Work? no/no sí/yes
 Ejercicio moderado/
Moderate exercise no/no sí/yes

Tareas diarias/Daily chores? no/no sí/yes
 Ejercicio intenso/
Vigorous exercise? no/no sí/yes

En caso de una respuesta afirmativa, explique a continuación/If yes, please explain: _____

c. Piel/Skin

- Sarpullidos/
Rashes
 Picazón/Itching
 Cambio de
color/Color
changes
 Hinchazón/
Lumps
 Sequedad/
Dryness
 Cambios en el
pelo y las uñas/
Hair and nail
changes

d. Cabeza/Head

- Dolor de cabeza/
Headache
 Lesión en la
cabeza/Head
injury

e. Oídos/Ears

- Dolor de oído/
Earache
 Tinnitus/Tinnitus
 Secreción
externa/
Drainage
 Pérdida de la audición/ Decreased
hearing

f. Ojos/Eyes

- Visión/Vision
 Luces
parpadeantes/
Flashing lights
 Cataratas/
Cataracts
 Anteojos/Lentes de
contacto/ Glasses/contacts
 Visión borrosa o
doble/Blurry or
double vision

- Dolor/Pain
 Manchas/
Specks
 Enrojecimiento/
Redness
 Glaucoma/
Glaucoma
 Último examen de la
vista/Last eye
exam: _____

Nombre del paciente/Patient name: _____

N.º DE HISTORIA CLÍNICA/MRN: _____

FECHA DE NACIMIENTO/DOB: _____

Fecha/Date: _____

g. Nariz/Nose

- | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Picazón/
Itching | <input type="checkbox"/> Sangrado/
Nosebleeds | <input type="checkbox"/> Congestión/
Stuffiness | <input type="checkbox"/> Secreción/
Discharge | <input type="checkbox"/> Fiebre del
heno/ Hay
fever | <input type="checkbox"/> Dolor
sinusal/Sinus
pain |
|--|--|--|--|---|---|

h. Garganta/Boca/ Throat/Mouth

- | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dientes/
Teeth | <input type="checkbox"/> Dolor de
lengua/Sore
tongue | <input type="checkbox"/> Aftas/Thrush | <input type="checkbox"/> Encías/Gums | <input type="checkbox"/> Boca seca/
Dry mouth | <input type="checkbox"/> Llagas que no
sanar/Non-
healing sores |
| <input type="checkbox"/> Sangrado/
Bleeding | <input type="checkbox"/> Dolor de
garganta/Sore
throat | <input type="checkbox"/> Prótesis/
Dentures | <input type="checkbox"/> Ronquera/
Hoarseness | <input type="checkbox"/> Último examen dental/
Last dental exam: _____ | |

i. Cuello/Neck

- | | | | |
|--|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hinchazón/
Lumps | <input type="checkbox"/> Dolor/Pain | <input type="checkbox"/> Glándulas
inflamadas/
Swollen glands | <input type="checkbox"/> Rigidez/
Stiffness |
|--|-------------------------------------|---|--|

j. Pecho/Breasts

- | | | | |
|--|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hinchazón/
Lumps | <input type="checkbox"/> Secreción/
Discharge | <input type="checkbox"/> Amamantamiento/
Breastfeeding | <input type="checkbox"/> Dolor/Pain |
|--|--|---|-------------------------------------|

k. Respiración/Respiratory

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tos/Cough | <input type="checkbox"/> Tose sangre/ Coughing up
blood | <input type="checkbox"/> Sibilancias/ Wheezing |
| <input type="checkbox"/> Moco/Mucus | <input type="checkbox"/> Falta de aliento/Shortness of
breath | <input type="checkbox"/> Dolor al respirar/ Painful
breathing |

l. Cardiovascular/Cardiovascular

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor o molestia en el
pecho/ Chest pain or
discomfort | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar boca
abajo/ Difficulty breathing
lying down | <input type="checkbox"/> Presión/
Tightness | <input type="checkbox"/> Palpitaciones/
Palpitations |
| <input type="checkbox"/> Se despierta
repentinamente y con
falta de aliento/ Sudden
awakening from sleep
with shortness of breath | <input type="checkbox"/> Falta de aliento al hacer
alguna actividad/ Shortness
of breath with activity | <input type="checkbox"/> Hinchazón/ Swelling | |

Nombre del paciente/Patient name: _____

N.º DE HISTORIA CLÍNICA/MRN: _____

FECHA DE NACIMIENTO/DOB: _____

Fecha/Date: _____

m. Gastrointestinal/Gastrointestinal

- | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diarrea/
Diarrhea | <input type="checkbox"/> Constipación/
Constipation | <input type="checkbox"/> Cambios en el
apetito/ Change in
appetite | <input type="checkbox"/> Náuseas/
Nausea | <input type="checkbox"/> Coloración
amarilla en
piel u ojos
(Ictericia)/
Yellow eyes
or skin
(jaundice) | <input type="checkbox"/> Cambios en los
hábitos
intestinales/
Change in bowel
habits |
| <input type="checkbox"/> Acidez/
Heartburn | <input type="checkbox"/> Sangrado
rectal/Rectal
bleeding | <input type="checkbox"/> Problemas para tragar/
Swallowing difficulties | | | |

n. Orinario/Urinary

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mayor frecuencia/ Increased
frequency | <input type="checkbox"/> Pérdida de control de la orina/
Loss of control of urine | <input type="checkbox"/> Cambio en la fuerza al
orinar/Change in urinary strength |
| <input type="checkbox"/> Urgencia/ Urgency | <input type="checkbox"/> Ardor o dolor/ Burning or pain | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina (hematuria)/Blood
in urine (hematuria) |

o. Genitales/Genital

Masculino/Male

- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hernia/
Hernia | <input type="checkbox"/> Dolor al tener
relaciones/
Pain with sex | <input type="checkbox"/> Hinchazón/
Genital sores | <input type="checkbox"/> Secreción del pene/Penile
discharge | <input type="checkbox"/> Disfunción
eréctil/Erectile
dysfunction |
| <input type="checkbox"/> ETS/STD's:
_____ | | | <input type="checkbox"/> Masas escrotales o
dolor/ Scrotal masses or
pain | |

Femenino/Female

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor al
tener
relaciones/
Pain with
sex | <input type="checkbox"/> Sofocos/Hot
flashes | <input type="checkbox"/> Sarpullidos o
picazón
vaginal/Vaginal
itching or rash | <input type="checkbox"/> Sequedad vaginal/ Vaginal
dryness | <input type="checkbox"/> Secreción vaginal/
Vaginal discharge |
| <input type="checkbox"/> ETS/STD's:
_____ | | <input type="checkbox"/> Último período/Last menstrual period:
_____ | | <input type="checkbox"/> Hinchazón/Genital
sores |

p. Vascular/Vascular

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor en pantorrilla al
caminar/Calf pain with walking | <input type="checkbox"/> Calambres en la
pierna/Leg
cramping |
|--|--|

q. Musculoesquelético/Musculoskeletal

- | | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor en la
espalda/
Back pain | <input type="checkbox"/> Rigidez/
Stiffness | <input type="checkbox"/> Hinchazón de
articulaciones/
Swelling of joints | <input type="checkbox"/> Traumatismo
/Trauma | <input type="checkbox"/> Enrojecimiento
de
articulaciones/
Redness of
joints | <input type="checkbox"/> Dolor
muscular o en
articulaciones/
Muscle or joint
pain |
|---|--|--|---|--|---|

Nombre del paciente/Patient name: _____

N.º DE HISTORIA CLÍNICA/MRN: _____

FECHA DE NACIMIENTO/DOB: _____

Fecha/Date: _____

r. Neurológico/Neurologic

- | | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mareos/
Dizziness | <input type="checkbox"/> Debilidad/
Weakness | <input type="checkbox"/> Adormecimiento/
Numbness | <input type="checkbox"/> Temblores/
Tremor | <input type="checkbox"/> Convulsiones/
Seizures |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo/
Tingling | <input type="checkbox"/> Desmayos/
Fainting | | | |

s. Hematológico/Hematologic

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fácil aparición de
moretones/Ease of bruising | <input type="checkbox"/> Aparición de sangrados/Ease of bleeding |
|---|--|

t. Endócrino/Endocrine

- | | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor o al frío/Heat
or cold intolerance | <input type="checkbox"/> Orina
frecuentemente/
Frequent urination | <input type="checkbox"/> Sudoración/
Sweating | <input type="checkbox"/> Sed/
Thirst | <input type="checkbox"/> Cambios en el
apetito/Change in
appetite |
|--|---|--|---|---|

u. Psiquiátrico/Psychiatric

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Estrés/Stress | <input type="checkbox"/> Pérdida de la
memoria/
Memory loss | <input type="checkbox"/> Nerviosismo/
Nervousness | <input type="checkbox"/> Depresión/Depression |
|--|---|--|---|

La salud y el bienestar de todos en la comunidad MIT es importante para nosotros en MIT Medical. Le recomendamos lo siguiente/ The health and wellness of everyone in the MIT community is important to us at MIT Medical. We recommend the following:

- Use condón durante la actividad sexual para disminuir el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y tener un embarazo no deseado./ Condom use during sexual activity to reduce the risk of STDs and unintended pregnancy
- Use los cinturones de seguridad del automóvil para disminuir el riesgo de lesionarse o morir, según lo indican las leyes de Massachusetts./ Use of automobile safety belts to reduce the risk of injury or death, which is the law in Massachusetts
- Use casco cuando ande en bicicleta, patines, patineta, etc., para disminuir el riesgo de lesionarse./ Use of helmets while bicycling, rollerblading, skate boarding, etc. to reduce the risk of injury
- Coloque detectores de humo en su casa, para disminuir el riesgo de resultar lesionado o dañado producto de un incendio./ Home smoke detectors to reduce the risk of injury or damage from a fire
- Cuando se exponga al sol, use bloqueador solar con factor de protección solar de 15 o más para usted y sus hijos./ Use of sunscreen SPF 15 or higher for you and your children when in the outdoor sun

Nombre del paciente (IMPRESA)/Patient Name (PRINT): _____

FECHA DE NACIMIENTO/DOB: _____

Firma del paciente/Patient Signature: _____

Fecha/Date: _____

Firma del proveedor/Provider Signature: _____

Fecha/Date: _____