

FORMULARIO DE ADMISIÓN MATEMÁTICA



Ubicación de Options: ▼

Cliente Nombre: Edad: Altura: Peso:

¿Qué mano utiliza para escribir? Izquierda Derecha

Médico primario (PCP):

¿Están sus vacunas al día? No Sí

¿Hace ejercicio? No Sí

Si la respuesta es «Sí», describa:

Tabaco: No Sí

Si la respuesta es «Sí», número de cigarrillos por día: N.º de años: N.º de años:

Alcohol: No Sí

Si la respuesta es «Sí», frecuencia: Fecha de último consumo:

Marihuana: No Sí

Si la respuesta es «Sí», frecuencia: Fecha de último consumo:

Consumo de drogas: No Sí

Si la respuesta es «Sí», frecuencia: Fecha de último consumo:

¿Está embarazada? No Sí

¿Es posible que esté embarazada? No Sí

HISTORIAL MÉDICO: Marque sus afecciones médicas *actuales o previas*.

- Anemia Asma Coágulos sanguíneos Enfermedad tiroidea Ansiedad Diabetes Infección del tracto urinario (ITU) frecuente Fibromialgia Ataque cardíaco Émbolos Alcoholismo Depresión Enfisema Enfermedad hepática Artritis VIH Enfermedad cardíaca Cáncer Infección por SARM Osteoporosis Enfermedad renal Gota Neuropatía Colesterol alto Artritis reumatoidea DSR/SDRC Presión arterial alta Disfunción sexual Accidente cerebrovascular/Convulsión Abuso de sustancias Enfermedad psiquiátrica Úlceras/Heridas Arritmia Apnea del sueño

¿Tuvo una lesión en la cabeza con pérdida de la conciencia? No Si

Si la respuesta es «Sí», ¿cuándo?

¿Tuvo una lesión en la cabeza sin pérdida de la conciencia? No Si

Si la respuesta es «Sí», ¿cuándo?

Otro:

HISTORIAL QUIRÚRGICO: Enumere cualquier procedimiento quirúrgico previo, así como la fecha y el lugar en que se realizó.

Procedimiento:	Fecha:	Lugar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANTECEDENTES FAMILIARES: Marque las afecciones médicas presentes en sus antecedentes familiares.

Cardíacas: Ataque cardíaco Arritmia Muerte súbita

Músculo-esqueléticas: Artritis Enfermedad reumatoidea

Neurológicas/Psiquiátricas: Convulsiones Accidente cerebrovascular Depresión Psicosis

Endocrinas/Hemotológicas: Afecciones tiroideas Diabetes Hemorragias/Coágulos

Problemas con la anestesia: No Si

Cáncer: No Si

Músculo-esqueléticas: Artritis Enfermedad reumatoidea

REVISIÓN DE SISTEMAS: Marque si tiene *síntomas actuales o problemas* médicos en las áreas siguientes:

General Ninguno Pérdida de peso Aumento de peso Insomnio Fatiga crónica Otro:

Oídos, Nariz, Garganta Ninguno Pérdida de la audición Alergias estacionales Dolor sinusal Zumbido en los oídos Otro:

Corazón Ninguno Dolor torácico Hipertensión Edema Palpitaciones Colesterol alto Otro:

Respiratorio Ninguno Asma Sibilancia Tos frecuente Otro:

Gastrointestinal Ninguno Acidez estomacal/indigestión Úlcera Dolor abdominal Hemorragia estomacal Otro



Piel Ninguno Sarpullido Úlceras Cicatrices Otro

Neurológico Ninguno Dolores de cabeza Convulsiones Entumecimiento Mareos Otro

Psiquiátrico Ninguno Depresión Cambios de humor Ansiedad Otro

Hematológico Ninguno Propensión a hematomas Hemorragia Anemia Otro

Dolor ¿Siente dolor? No Si

Si la respuesta es «Sí», lugar del dolor

Intensidad del dolor: Encierre con un círculo el número o el rango de números que mejor describen la intensidad del dolor.

0..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8..... 9..... 10.....

Leve
imaginable

Moderado

Grave

Peor dolor

ALERGIAS Ninguna Penicilina Sulfamidas Látex Otra

MEDICAMENTOS: Enumere los medicamentos que está tomando a continuación.

Medicamento:	Recetado por:	Frecuencia:	Dosis:
<input type="text" value="Fecha de inicio:"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			



X



Signature Certificate

Document name: FORMULARIO DE ADMISIÃO MÃDICA

Unique Document ID: 4EE8EE92CFF2486D1CEB26FF96EE6A6431B2A80E

LEGALLY SIGNED USING
WPesignature
Build. Track. Sign Contracts.

Timestamp

Audit

May 11, 2020 12:46 pm PST

FORMULARIO DE ADMISIÃO MÃDICA Uploaded by Adam Falk - adam.falk@options.org IP 69.1.101.108

May 11, 2020 2:13 pm PST

Options Records - OCFSrecords@options.org added by Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip: 50.240.25.195

May 11, 2020 2:18 pm PST

Options Records - OCFSrecords@options.org added by Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip: 50.240.25.195

October 28, 2020 1:42 pm PST

Options Records - OCFSrecords@options.org added by Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip: 108.174.191.234

October 30, 2020 10:34 am PST

Options Intake - intake@options.org added by Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip: 108.174.191.234



This audit trail report provides a detailed record of the online activity and events recorded for this contract.

Page 5 of 5