

Examen Físico

Los exámenes físicos se definen por las aseguradoras como citas preventivas. Prevención incluye preguntas detalladas sobre su estado de salud actual, un cuidadoso examen físico del cuerpo, determinación del riesgo de sufrir problemas de salud y enfermedades, y recomendaciones para la detección, así como cambios de estilo de vida. **La cita para el Examen Físico no incluye hablar sobre problemas específicos de salud, (como, condiciones pre-existentes, agudas o crónicas) ya sea que el tema halla sido empezado por el paciente o descubierto por el medico.** Estos problemas de salud, lesiones y enfermedades toman tiempo extra, y caen fuera del ámbito de un examen físico de rutina.

Cuando no dirigimos a otros problemas médicos durante su examen físico, un cargo adicional será añadido a su cuenta junto con el del examen físico. Se le informara de la necesidad y el costo de estos servicios adicionales y tendrá la opción de rechazar tales servicios.

La mayoría de las compañías de seguros cubren estos gastos adicionales, que son menos de lo que le costaría hacer una cita adicional, pero algunas pueden negar pagar el servicio, cobrarle un co-pago adicional, o aplicarlo a su deducible. **Usted es responsable de todos los gastos no cubiertos por su aseguranza.**

Creemos en la mas alta calidad de atención medica. A pesar de que no siempre se tiene el tiempo de abordar todo en una cita, haremos nuestro mayor esfuerzo por hacerlo, sin sacrificar la calidad, dentro del tiempo programado para su cita.

La Mayoría de las compañías de seguro cubren estos cargos adicionales, que son por lo general mas baratos que una cita adicional, pero algunos pueden negar el servicio, cobrarle un co-pago adicional, o aplicarlo a su deducible. **Usted es responsable por cualquier cargo no cubierto por su seguro, por favor llame y asegúrese que estos servicios sean cubiertos.**

Health Panel (CBC, Chem13, TSH)	CPT code 80050
Lipid Panel	CPT code 80061
HIV	CPT code 86703
LDL cholesterol	CPT code 83721
Vitamin D	CPT code 82306

Hombres y Mujeres abajo de 50	
Ferritin	CPT code 82728
Hombres de 50+	
PSA	CPT code 84153

He leído y entendido esta información

Firma (paciente)

Fecha

Nombre del Paciente

Consentimiento para realizar Prueba del VIH

Mi Medico ha respondido a todas las preguntas que tenga con respecto a la prueba del VIH y me ha dado información por escrito con los siguientes detalles sobre las pruebas del VIH:

- El VIH es el virus que causa el SIDA
- La única manera de saber si usted tiene el virus del VIH es haciéndose la prueba
- La prueba del VIH es importante para su salud, especialmente para las mujeres embarazadas
- La prueba del VIH es voluntaria. El consentimiento puede ser retirado en cualquier momento
- Hay varias opciones de pruebas disponibles, incluyendo anónima y confidencial
- La ley estatal protege la confidencialidad de los resultados de la prueba y también protege a los sujetos de prueba de discriminación basado en el estatus del VIH
- Mi medico hablara conmigo sobre como notificarle a las personas con las que compartí agujas o sexo en caso de que el resultado sea positivo

Estoy de acuerdo en ser probado para el diagnostico de la infección por VIH. Si se determina que tengo VIH, Estoy de acuerdo en que se hagan pruebas adicionales en la muestra que proporcione hoy para determinar el mejor tratamiento para mi y para ayudarme a encontrar programas de prevención del VIH. También estoy de acuerdo con las pruebas futuras para guiar mi tratamiento. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para las pruebas futuras en cualquier momento.

Nombre del Paciente _____

Firma: _____

Fecha: _____

Si es representante legal, indique su relación con el

Paciente: _____

Nombre Escrito: _____

Número de Record Medico: _____

Me niego a la prueba para el diagnostico de la infección por el VIH.

Nombre: _____

Firma: _____

MidValley Family Practice – Examen Fisico

Autoevaluacion

Fecha	Nombre	Fecha de Nacimiento

Enliste otros médicos que usted esta viendo para su salud (Cardiologo, Ginecologo, Ortopedico, etc)

Cuando fueron los siguientes estudios hechos? (ponga fecha del ultimo estudio)					
	Fecha	Donde?		Fecha	Donde?
Colonoscopia			Densidad Osea		
Papanicolau			Prueba de Ejercicio		
Mamograma			Ultrasonido/Cuello		
Conteo de Calcio			Ultrasonido/Corazon		

Cuales son específicamente sus problemas de salud?

En una escala del 0 – 10 como se clasificaría en lo siguiente			
	0-3 No muy bien	4-7 Bien, pero quisiera mejorar	8-10 Muy bien
Nutricion			
Ejercicio			
Uso de Sustancias (Cafe, Tabaco, Alcohol, Otras Drogas)			
Estres			
Sueño			
Relaciones			
Proposito para su Vida			
Equilibrio entre vida laboral/familiar/espiritual y usted			

Complete la frases siguientes sobre su salud	
Lo mejor que hago por mi Salud es	
Te gusta tu vida hoy?	
Que es lo que mas lo motiva De cada dia?	
Lo peor que hago por mi Salud es	
Quisiera cambiar “esto” acerca de mi salud	
Quisiera cambiar “esto” acerca de mi vida	

MidValley Family Practice – Examen Fisico

En escala del 1-10 que tan importante es este cambio en su vida?	(no tan importante) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (muy importante)	
En escala del 1-10 que tan en control de su vida se siente?	(sin control) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (muy bien controlada)	

Imagínese usted mismo dentro de 10 o 20 años. Que aspectos de su salud cree son mas importantes?

Historial Social

Díganos acerca de usted:	
Cual es su ocupacion?	
Donde Trabaja?	
Cuanto tiempo ha trabajado ahi?	
Cual es su nivel de educacion?	
Cuales son sus pasatiempos?	
Tiene mascotas? Si, Que tipo?	
Con quien vive? (esposa, hijos, amigos, etc)	
Donde Vive? (Casa, Casa de retiro, con sus padres, etc)	
Nombre de su espos@	
Condicion de Salud de su espos@ (excelente, buena, razonable, mal)	
Tiene niños? Si, Cuantos?	
Religion/Iglesia	

Salud Mental

En las ultimas dos semanas, que tan seguido ha sentido : (Marque una)				
	Nunca	Varios Dias	Mas de la mitad delos Dias	Casi todos Los Dias
Poco interés o placer en hacer las cosas?				
Se siente triste o deprimido o sin esperanza?				

Historial Medico

Enumere las alergias conocidas	

Lista de medicamentos con receta	

MidValley Family Practice – Examen Fisico

Lista de medicamentos SIN receta (de venta libre, herbales, etc)	

Lista de Historial quirúrgico	Fecha

Vacunas (si no se las pusieron aqui)					
	Si o No	Fecha		Si o No	Fecha
Tetano			Pneumonia (ultima)		
Hepatitis B			Meningitis		
Hepatitis A			MMR		
Influenza (ultima)			Tuberculosis (positivo o neg)		

Alcohol	
Bebidas Alcoholicas por dia (bebida = 12oz Cerveza, 5oz Vino, 1 ½ oz Licor)	
Tipo de Alcohol (Cerveza, Vino, de todo)	
Ha bebido 5 en un dia en los ultimos 3 meses? (si/no)	
Siente que necesita reducir? (si/no)	
Te molesta cuando la gente critica tu forma de beber? (si/no)	
Algun vez se ha sentido mal o culpable por beber? (si/no)	
Necesita una bebida alcholica en cuanto despierta en la mañana? (si/no)	
Ha tenido que tomar una bebida alcholica en la mañana para calmar sus Nervios o para quitarse la "cruda" o resaca?	
En el ultimo año, ha bebido o consumido medicamento sin receta para hacer frente a sus sentimientos, estrés o la frustración?	
Como resultado del uso de alcohol o drogas, paso algo en el ultimo año Que desea no hubiera pasado?	

Tabaco	
Usted a usado regularmente tabaco? (todos los días, algunos días, antes, nunca)	
Año que empezo (si es aplicable)	
Año que paro (si es aplicable)	
Cigarros – Cuantas cajetillas por dia	
Puro - Cuantos por semana	
Uso de pipa por semana	
Tabaco masticable - Cuantas veces por día?	
Esta expuesto al humo pasivo (de segunda mano)?	

Dieta	
Bebidas con cafeina por dia	
Cuantas calorías por dia (en promedio)	
Come por lo menos 5 porciones de fruta y/o verdura por día?	
Cuantas porciones de proteína por día?	
Cuantas porciones de lácteos por día?	

MidValley Family Practice – Examen Fisico

Cuántas porciones de granos integrales por día?	
Cuántos alimentos fritos por día?	
Cuántas veces come comida rápida por semana?	
Cuántas porciones de pescado come por semana?	
Cuántas sodas bebe por semana? (12oz)	
Cuántos dulces come por día?	
Esta tomando algún suplemento?	
Cual es su consumo diario de sodio? (<1500, <2000, <3000)	
Quiere cambiar sus hábitos alimenticios?	

Riesgos para la Salud	
Tiene alguna razón para creer que esta en riesgo de Hepatitis?	
Tiene alguna razón para creer que esta en riesgo de contraer el VIH?	
Tiene alguna razón para creer que esta en riesgo de una enfermedad de Transmisión sexual?	

Salud Dental	
Tiene chequeos dentales cada 6 meses?	
Cuántas veces cepilla sus dientes por día?	
Cuántas veces usa el hilo dental por día?	

Riesgos de Cancer	
Hace su autoexamen de senos mensualmente?	
Hace su autoexamen testicular mensualmente? (Hombres solamente)?	
Tiene exposición excesiva al sol?	

Seguridad	
Porcentaje de tiempo que usa su cinturón de seguridad?	
Porcentaje de tiempo que se pone un casco?	

Ejercicio	
Usted se ejercita regularmente?	
Cuántos días por semana se ejercita?	
En una semana cuántos días usted:	
Se Ejercita con alta intensidad?	
Se ejercita con intensidad moderada?	
Se ejercita ligeramente?	
En una semana:	
Cuántas <i>millas</i> corre?	
Cuántos <i>minutos</i> se dedica a escalar o caminar?	
Cuántas <i>horas</i> para jugando un deporte en equipo?	
Cuánta <i>horas</i> pasa cross-country skiing?	
Cuántos <i>días</i> hace down hill ski?	
Cuántos <i>días</i> hace levantamiento de pesas?	
Cuántos <i>días</i> se dedica a jugar Golf o hacer jardinería?	
Que otros ejercicios hace?	
Cuanto tiempo a la semana se dedica a hacer estos otros ejercicios?	
Historial Sexual	
Que te describe mejor en la actualidad?	

MidValley Family Practice – Examen Fisico

Soy Virgen	Muchas parejas en el pasado	
Soy sexualmente inactivo	Monógamo	
Varias Parejas	Sexo por dinero	
Sexo con parejas del mismo sexo	pareja con VIH	
Ha sido abusado sexualmente?		
Pacientes femenino solamente:		
Cuando tiene sexo es satisfactorio para usted?		
Esta satisfecha con la lubricación vaginal durante la relación Sexual?		
Siente molestias o dolor durante la penetración vaginal?		
Pacientes Masculinos solamente:		
Tiene dificultad con la erección?		
Le es difícil mantener la erección hasta el final?		
Cuando tiene sexo es satisfactorio para usted y su pareja?		

Drogas y Transfusión de Sangre:	
Describa su consumo de Drogas: nunca, antes, actualmente	
Si lo hizo antes o actualmente, Que tipo de Droga(s)?	
Ha tenido una Transfusión de Sangre?	
Si, En que año?	

Casa y Viajes:	
Usted viaja fuera del país?	
Si, A donde?	
Tiene armas de fuego en su casa ?	
Tiene detectores de humo en su casa?	
Ahi violencia en su casa?	
Se siente seguro en casa?	

Tiene alguna queja de cualquiera de lo siguiente (Circule o Marque una X a lo que corresponda)

Salud General			
Fiebre		Poco Apetito	
Escalofrios		Sudores	
Fatiga		Debilidad	
Sudor Excesivo		No se siente bien	
Perdida de la Sensibilidad		Dolores de Cabeza	
Confusion			

Ojos			
Vision Borrosa		Desecho en los ojos	
Doble Vision		Perdida de Vision	
Ojos Irritados		Dolor en los ojos	
Ojos Sensibles a la Luz			

MidValley Family Practice – Examen Fisico

Oído, Nariz y Garganta			
Disminucion del Oir		Nariz que Moquea	
Mareo		Dolor de Oido	
Ronquera		Desecho del Oido	
Congestion Nasal		Zumbido en los Oidos	
Dolor de Garganta		Sangrado de Nariz	

Cardiovascular			
Dolor de Pecho		Dificultad para respirar acostado	
Desmayos		Dificultad para respirar con esfuerzo	
Dolor en las piernas con esfuerzo		Hinchazón de las manos o pies	
Palpitaciones		Dificultad para respirar en las noches	

Respiratorio			
Dolor de pecho		Sibilancias	
Dificultad para respirar		Trastornos del Sueño debido a la respiración	
Tos		Molestias en el Pecho	
Tos con Sangre		Problemas para Dormir	

Digestivo			
Dolor Abdominal		Nausea	
Sangre en las heces		Vomito con Sangre	
Cambios en los habitos intestinales		Acidez	
Diarrea		Dificultad para Tragar	
Indigestion Frecuente			

Genitourinario			
Flujo Vaginal anormal		Orinando en la noche	
Dolor al Orinar		Orinando Frecuentemente	
Sangre en la Orina		Periodos con mucho sangrado	
Incontinencia (incapacidad para controlar la orina o las heces)		Dolores menstruales muy severos	

Trastornos Musculo esqueléticos			
Dolor de Espalda		Calambres Musculares	
Dolor en las Articulaciones		Rigidez	
Inflamacion Articular		Debilidad Muscular	

Dermatológico			
Salpullido		Cambios en los Lunares	
Lesiones Sospechosas			

Neurológico			
Mareos		Debilidad	
Desmayos		Convulsiones	
Dolores de Cabeza		Temblores	
Entumecimiento			

MidValley Family Practice – Examen Fisico

Psicológico			
Ansiedad		Pensamientos de Suicidio	
Depresión		Desorden Alimenticio	

Endocrino			
Intolerancia al Frio		Intolerancia al Calor	
Orinacion Excesiva		Cambio de peso anormal	
Sed Excesiva			

Heme/Linfática			
Hematomas anormales (moretones)		Inflamación de los Ganglios linfáticos	
Sangrado			

Alergia			
Piquete de Abeja		Urticaria	
Alergia a Alimentos		Infecciones Persistentes	

Historial Familiar (Marque todo lo que aplicó)

	Padre	Madre	Hermanos	Abuelos
Diabetes				
Glaucoma				
Cancer				
Ataque al Corazon				
Angina				
Alta Presión				
Colesterol Alto				
Alcoholismo				
Drogadicción				
Depresion				
Enfermedades Mentales				
Suicidio				
Otros Problemas de Salud				

MidValley Family Practice – Examen Fisico

VIH es el virus que causa SIDA

- El VIH se transmite de una persona a otra durante relaciones sexuales sin protección (sexo vaginal, anal u oral sin condón) con alguien que tiene el VIH.
- El VIH se transmite a través del contacto con sangre como en compartir agujas (pírsin, tatuajes o inyección de drogas de cualquier tipo)

La única manera de saber si usted tiene el VIH es haciéndose la prueba.

- Las pruebas del VIH son seguras. Consisten en reunir una o varias muestras (sangre, saliva, orina)
- Su consejero o médico le explicaran los resultados del examen, así como cualquier prueba que pueda necesitar.

Su prueba del VIH hoy incluye:

- Una prueba para ver si tiene la infección del VIH (una prueba de anticuerpos o una prueba para el virus);
- Si usted es VIH positivo, las pruebas adicionales pueden incluir pruebas para:
- Ayudar a su médico decidir el mejor tratamiento para usted.
- Ayudar a guiarlo a los mejores programas de prevención del VIH.

La prueba del VIH es importante para su salud.

- Si el resultado es negativo, usted puede aprender a como protegerse de ser infectado en el futuro.
- Si su resultado es positivo:
 - Usted puede tomar medidas para prevenir la transmisión del virus a otras personas
 - Usted puede recibir tratamiento para el VIH y aprender acerca de otras maneras de mantenerse saludable. Como parte del tratamiento, se harán pruebas adicionales para determinar el mejor tratamiento para usted. Estas pruebas pueden incluir pruebas de carga viral y de resistencia viral.
 - El tratamiento incluirá también una referencia al Western Colorado clínica del VIH en Grand Junction (1-866-448-8383) para una evaluación y tratamiento.

La prueba del VIH es especialmente importante para las mujeres embarazadas

- Una madre infectada puede transmitir el VIH a su hijo durante el embarazo o el parto o a través de la lactancia materna
- Es mucho mejor conocer el estado del VIH antes o al comienzo del embarazo para que pueda tomar decisiones importantes sobre su salud y la salud de su bebe
- Si usted esta embarazada y tiene el VIH, se dispone de tratamiento para su propia salud y para prevenir la transmisión del VIH a su bebe. Si usted tiene el VIH y no recibe tratamiento, la probabilidad de transmitir el VIH a su bebe es una de cada cuatro.
- Si no se hace la prueba durante el embarazo, su médico le recomendará hacerse la prueba cuando este en trabajo de parto. En todo caso, su bebe se pondrá a prueba después del nacimiento. Una prueba positiva de su bebe significa que usted tiene el VIH y que su bebe fue expuesto al virus.

Si el resultado es positivo -La ley estatal protege la confidencialidad de los resultados de la prueba y también lo protege de la discriminación basada en su resultado

- En casi todos los casos, se le pedirá que de su aprobación por escrito antes de que el resultado de su prueba del VIH pueda ser compartida.
- La información sobre el VIH puede ser divulgada a proveedores de salud al cuidado de usted o su niño expuesto; a los funcionarios de salud cuando sea requerido por la ley, a las aseguradoras para permitir el pago, a las personas involucradas en la crianza o adopción ; al oficial correccional, al personal de libertad condicional; al personal de atención de emergencia o de salud que estén accidentalmente en contacto con su sangre; o por ordenes especiales de la corte.
- El numero de teléfono de la línea directa del VIH Colorado es 1-877-478-3448

Su equipo de atención médica hablara con usted acerca de notificar a su pareja de sexo o con las cuales comparte agujas de la posible exposición al VIH

- Sus parejas deben saber que pueden haber estado expuestos al VIH para que puedan someterse a pruebas y recibir tratamiento si tienen el VIH
- Si su proveedor de atención medica sabe el nombre de su cónyuge o pareja, el o ella debe informar el nombre al departamento de salud.
- Consejeros del Departamento de Salud pueden ayudar a notificar a su pareja(s) sin ni siquiera decirle su nombre.
- Si existe algún riesgo, el Departamento de Salud no notificara a las parejas de inmediato y le ayudara a obtener ayuda.