



Medical Clinic / Clinica Medica

Health Evaluation Form / Evaluacion de Salud

Last Name: _____ First : _____ Middle: _____ Date of birth: ___/___/___
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha de Nacimiento

Address: _____ Phone (Cell): _____
Dirección Teléfono (celular)

Date/Fecha: ___ / ___ / ___ 1N1D Clinic/Clinica de 1N1D _____

Email/Correo electrónico: _____

Chief Medical Complaint (fever, cough, pain, diarrhea, nausea, oral pain, weight loss, edema)
Preocupación Principal Medica (fiebre, tos, dolor, diarrea, náuseas, dolor oral, pérdida de peso, edema)

Chief Dental Complaints

Preocupacion Principal/ Dental: _____

Location of Pain

Localizacion del dolor : _____ **Duration/Duracion :** _____

Gum Tissue Related? **Y N** Hot/Cold Pain? **Y N** Chewing Pain? **Y N**

Tejido de las encías relacionada Dolor Caliente/Frío Dolor de mascar

Chief Dental Complaints

Preocupacion Principal/ Dental:

Medications Allergies (No Known Allergy) **Medicamentos Alergias** (Sin alergias conocidas)

Past Medical/Surgical History/Hospitalizations: Diabetes HTN TB HIV Chagas Malaria

Historial médico / quirúrgico anterior / Hospitalizaciones Diabetes HTN TB HIV Chagas Malaria

Women Only: Pregnant? **Y N** Date of last Menses _____ Planning Pregnancy? **Y N**

Solo Mujeres: Embarazada **S N** Fecha de los últimos Menses _____ Planeando el embarazo **S N**

Social History Single, Married, Widowed Occupation:
Historia Social Soltera, Casada, Viuda Ocupación: _____

Smoke **Y N** Packs/Day _____ How long _____ When stopped? _____ Wants to quit? **Y N**
Fuma S N Paquetes / día _____ ¿Cuánto tiempo _____ Cuándo se detuvo? _____ ¿Quiere renunciar? S N

Alcohol Type/Amount _____ Other _____
Tipo de alcohol / Cantidad _____ Otro _____

Pertinent Family History: Diabetes TB HIV
Historia familiar pertinente: Diabetes TB VIH _____

Pertinent Review of Systems
Revisión Pertinente de Sistemas



Medical Clinic / Clinica Medica

Health Evaluation Form / Evaluacion de Salud

Physical Exam Examen Físico

Temp: Temperatura:	Pulse: Pulso:	BP: presión sanguínea	Resp: Resp:	Height: Altura:	Weight: Peso:
Constitutional Constitucional	NL _____		Skin Piel	NL _____	
HEENT cabeza, orejas, nariz, garganta	NL _____		Neck Cuello	NL _____	
Lungs Pulmones	NL _____		Heart Corazón	NL _____	
Abdomen Abdomen	NL _____		Musc/Skeletal Musc / Skeletal	NL _____	
Neurologic Neurólogo	NL _____		Psychiatric Psiquiatría	NL _____	
Gyn/Breast ginecológico / mama	NL _____		Vascular Vascular	NL _____	

Diagnosis/Assessment Diagnóstico / Evaluación

Medical Dental
Médico **Dental**

Recommendations/Plans *Un Solo Peru Testing:* Pregnancy Urine Malaria Blood glucose
Recomendaciones/Planes *Un Solo Peru Prueba Glucosa en:* Embarazo Orina Malaria Sangre

Local Testing: _____

Pruebas locales:

Health Education: Hygiene Nutrition Diabetes Hypertension Smoking Water Alcohol Other
 Educación para la salud: Higiene Nutrición Diabetes Hipertensión Fumar Agua Alcohol Otro

Refer for Follow Up Y N Reason _____ When: _____
Refiérase para seguimiento SÍ NO Motivo _____ **Cuándo:** _____

Medications/Treatments
Medicamentos / Tratamientos

Provider/**Proveedor:** _____

I hereby acknowledge receipt of the instructions. I understand that I have received initial treatment only and that I may be released before all my medical problems are known or treated. I will arrange for follow up treatments as instructed.

Por la presente reconozco haber recibido las instrucciones. Entiendo que solo he recibido tratamiento inicial y que me pueden dar de alta antes de que se conozcan o se traten todos mis problemas médicos. Organizaré los tratamientos de seguimiento según las instrucciones.

Physician Signature/**Firma del médico:** _____ Date/**Fecha:** _____

Patient Signature/**Firma del paciente:** _____ Date/**Fecha:** _____