



## Estimado Paciente

Bienvenida a la clínica Residencial de Baylor Scott & White en Dallas. Nuestra clínica funciona como una extensión de el Programa de Educación Médica de posgrado para los médicos que recientemente se graduaron de el colegio médico. El objetivo es proveer a nuestros pacientes el mejor cuidado posible mientras educamos a nuestros residentes médicos el cuidado de pacientes en el entorno ambulatorio.

Como los médicos están en entrenamiento, las citas son un poco más prolongadas que los de un consultorio médico tradicional. Los residentes médicos a menudo consultan con un médico supervisor sobre su cuidado médico antes de dar cualquier orden a nuestras asistentes médicas sobre que procede para darles el mejor cuidado posible.

Pedimos que hablen a la clínica en caso de querer hablar con su médico. Los médicos residentes usualmente solo están en la clínica una día a la semana. Sin embargo, la clínica ara el mayor esfuerzo en acomodar sus necesidades médicas mientras el médico no está en la oficina. Los pacientes son vistos con cita solamente, sin embargo tenemos citas disponibles para cualquier emergencia.

Numero de la clínica: 214-820-3275

Numero de la fax: 214-820-2530.

Horarios: Lunes-Jueves 8:30AM – 5PM

Viernes: 8:30AM – 12:30PM

Sabado y Domingo: cerrado

**\*Tome Nota\*** - Cuando el Distrito Escolar de Dallas sierra por el mal clima, nuestra clinica tambien sierra y su cita para ese dia sera reprogramada.

**Citas:** Requerimos que llegue 15 minutos antes de la cita para poder completar cualquier requisito y poder reducir el tiempo de espera.

**Recargas de Recetas:** Por favor llame a su farmacia 2 semanas antes de que medicamento se termine. Esto nos ayudara a que su medico tenga el suficiente tiempo de poder procesar su medicamento.

Gracias de ante mano por su comprension y por escoger a la clinica Residencial de Baylor Scott & White en Dallas.

Sinceramente,

Clinica Residencial de Baylor Scott & White en Dallas

# Cuestionario prenatal y obstétrico

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre	Fecha de nacimiento	Ecad	Profesión	Estado civil	Origen étnico <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Hispánica <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Indígena americana <input type="checkbox"/> India <input type="checkbox"/> Europea <input type="checkbox"/> Otro
Dirección de domicilio	Teléf. domicilio	Profesión, empleador y dirección del trabajo			
Ciudad	Teléf. celular	Empleador			
Núm. apartamento		Dirección del trabajo			
Ciudad Estado Código postal		Teléf. del trabajo			

¿La han atendido en esta clínica anteriormente? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_  
 Seguro privado: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_  
 Núm. de póliza o grupo \_\_\_\_\_ Seguro social del asegurado \_\_\_\_\_ Deducible: \_\_\_\_\_  
 Núm. de Medicaid \_\_\_\_\_ Tipo de Medicaid \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el primer día de su último período? _____ ¿El período fue: NORMAL o ANORMAL? ¿Está SEGURA o INSEGURA sobre esta fecha? Sus períodos son normalmente: REGULARES o IRREGULARES? ¿Es intenso, leve o moderado el flujo de sangre? ¿Con qué frecuencia tiene su período habitualmente? Cada _____ días. ¿Cuánto tiempo dura el flujo de sangre habitualmente? _____ días. ¿Dolor o cólicos con los períodos? SI NO A VECES.	_____ ¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____ ¿Cuántos nacimientos vivos? _____ ¿Cuántos abortos naturales o electivos? _____ ¿Cuántos hijos en la casa? Describa el último tipo de anticonceptivo que uso antes del embarazo y cuándo dejó de usarlo. Si ha usado pastillas anticonceptivas en el pasado, ¿cuándo dejó de tomarlas? Peso Normal _____ Estatura _____ Peso justo antes del embarazo _____
--	---

**Favor de anotar todos sus embarazos anteriores.**

EMBARAZO NÚMERO	FECHA	SEMANAS DE EMBARAZO	VAGINAL O CESÁREA	DURACIÓN DEL PARTO	ANESTESIA	HOSPITAL	SEXO DEL BEBÉ	PESO DEL BEBÉ	COMPLICACIONES
1									
2									
3									
4									
5									

**Durante ESTE embarazo, ¿ha experimentado alguno de los siguientes?**

¿Le ha dicho el doctor que va a tener mellizos o que alguna prueba ha sido anormal?

SI	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MÉDICO
		NAUSEA OR VOMITING?			¿TIENE DOLOR AHORA? ¿DÓNDE? _____
		¿SANGRADO VAGINAL?			¿ES CONSTANTE SU DOLOR?
		¿DOLOR AL ORINAR?			¿VA Y VIENE EL DOLOR?
		VAGINAL DISCHARGE			¿QUÉ MEJORA SU DOLOR? ¿QUÉ LO EMPEORA?
		DOLOR ABDOMINAL			

Explique se responde "SI" a alguna pregunta:

**Durante los embarazos ANTERIORES, ¿tuvo alguno de los siguientes?**

SI	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MÉDICO
		¿BEBÉ MORTINATO?			EL BEBÉ TUVO ICTERICIA
		¿CON MALFORMACIÓN O ANORMALIDAD CONGÉNITA?			¿SANGRADO EXCESSIVO (HEMORRAGIA) DESPUÉS DEL PARTO?
		¿MUERTE DEL BEBÉ DESPUÉS DEL PARTO?			¿HOSPITALIZACIÓN ANTES DEL PARTO?
		¿BEBÉ PREMATURO?			INYECCIONES RHOGAM
		¿BEBÉ CON INFECCIÓN GRAVE?			¿ALGUNA OTRA OCURRENCIA FUERA DE LO COMÚN?
		¿BEBÉ ADMITIDO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS?			
Explique se responde "Si" a alguna pregunta:					

**Tiene un historial personal de alguno de los siguientes?**

SI	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MÉDICO
<b>SALUD GENERAL</b>			<b>OÍDOS</b>		
		OBESIDAD			INFECCIONES DE OÍDO
		PESO DEBAJO DE LO NORMAL			PÉRDIDA AUDITIVA
		ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA			USA AUDÍFONOS
		LIMITACIONES MENTALES O FÍSICAS			RUPTURA DEL TÍMPANO
		MAL ESTADO DENTAL			
SI	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MÉDICO
<b>CABEZA</b>			<b>NARIZ</b>		
		DOLORES CRÓNICOS DE CABEZA			NARIZ FRACTURADA
		MIGRAÑAS			SINUSITIS
		CONMOCIÓN CEREBRAL O PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO			SANGRADO NASAL FRECUENTE
		EPILEPSIA O CONVULSIONES			DEFECTO DEL TABIQUE NASAL
		TUMORES			CIRUGÍA NASAL
<b>OJOS</b>			<b>GARGANTA</b>		
		USA ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO			TONSILITIS O AMIGDALECTOMÍA
		VISIÓN BORROSA			ADENOIDECTOMÍA
		VISIÓN NOCTURNA DEFICIENTE			DOLOR DE GARGANTA POR ESTREPTOCOCOS
		MANCHAS EN LA VISTA QUE SE MUEVEN O PUNTOS CIEGOS			LARINGITIS (PÉRDIDA DE LA VOZ)
SI	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MÉDICO
<b>CUELLO</b>			<b>GASTROINTESTINAL (ESTÓMAGO)</b>		
		GANGLIOS LINFÁTICOS ALTERADOS			DIABETES
		PROBLEMAS O CIRUGÍA DE LA TIROIDES			ÚLCERAS, PROBLEMAS ESTOMACALES
		LESIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE			COLITIS, SÍNDROME DEL COLON IRRITABLE
		LIMITACIÓN PARA MOVERSE			DIARREA CRÓNICA
<b>RESPIRATORIO</b>			<b>ESTREÑIMIENTO CRÓNICO</b>		
		PROBLEMAS PULMONARES			TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN (BULIMIA, ANOREXIA)
		TUBERCULOSIS (O ISONIAZIDA)			HEMORROIDES O PROBLEMAS RECTALES
Explique se responde "Si" a alguna pregunta:					

RESPIRATORIO (Cont.)			GASTROINTESTINAL (ESTÓMAGO) (Cont.)		
SÍ	NO	PROBLEMA MÉDICO	SÍ	NO	PROBLEMA MÉDICO
		PRUEBA POSITIVA DE TUBERCULOSIS			PROBLEMAS CON LA VESÍCULA
		NEUMONÍA O BRONQUITIS			VEGETARIANA
		ASMA	<b>URINARIO</b>		
		NEUMOTÓRAX (PULMÓN COLAPSADO)			INFECCIONES DE VEJIGA (URINARIAS)
<b>CARDÍACO (CORAZÓN)</b>					INFECCIÓN DE RIÑONES (PIELONEFRITIS)
		ENFERMEDAD/PROBLEMAS DEL CORAZÓN O LATIDOS IRREGULARES			PIEDRAS EN EL RIÑÓN
		HIPERTENSIÓN (PRESIÓN ARTERIAL ALTA)			CIRUGÍA DE VEJIGA O RIÑÓN
		HIPOTENSIÓN (PRESIÓN ARTERIAL BAJA)			SALIDA ACCIDENTAL DE ORINA (INCONTINENCIA)
		SOPLO EN EL CORAZÓN			PIELOGRAFÍA INTRAVENOSA
<b>HEMATOLOGÍA</b>			<b>LINFÁTICO</b>		
		HEPATITIS			GANGLIOS LINFÁTICOS ALTERADOS
		COÁGULOS O DERRAME CEREBRAL			ENFERMEDAD DE HODGKIN
		VÁRICES			ÉRITEMA NODOSO
		RASGOS O ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES			VEGETARIANA
		GRUPO SANGUÍNEO ALTERADO (HEMOGLOBINOPATÍA)	<b>NEUROPSIQUIÁTRICO</b>		
		TRANSFUSIÓN DE SANGRE			PROBLEMAS EMOCIONALES
		LEUCEMIA			HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
		ANEMIA (NIVEL BAJO DE GLÓBULOS ROJOS O HIERRO)			DEPRESIÓN O ANSIEDAD
		HEMORRAGIA (PÉRDIDA EXCÉSIVA DE SANGRE)			ABUSO SEXUAL EN LA NIÑEZ
		PRUEBA POSITIVA DE VIH O SIDA			PROBLEMAS MATRIMONIALES
		RESULTADO POSITIVO DE ANTICUERPOS			SE ATIENDE CON UN PSIQUIATRA, PSICÓLOGO
<b>GINECOLOGÍA</b>			<b>GINECOLOGÍA (Cont.)</b>		
		PROBLEMAS CON PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS			ABORTO NATURAL
		PRUEBA ANORMAL DE PAPANICOLAOU (DISPLASIA O NIC)			ABORTOS (ELECTIVOS)
		COLPOSCOPIA (EVALUACIÓN MICROSCÓPICA DE CUERPO UTERINO)	<b>MUSCULOESQUELÉTICO</b>		
		CRIOCIRUGÍA (CONGELAMIENTO DEL CUERPO UTERINO)			DOLORES AGUDOS/GENERALIZADOS O TORCEDURAS MUSCULARES
		BIOPSIA DE CONO (EXTRACCIÓN DE PARTE DEL CUERPO UTERINO)			FRACTURAS DE HUESOS O LESIÓN A MÚSCULOS O HUESOS
		EVALUACIÓN DE INFERTILIDAD			ANOMALÍAS ESQUELÉTICAS (ESCOLIOSIS)
		RELACIONES SEXUALES DOLOROSAS			DEFECTOS CONGÉNITOS O DEFORMACIONES GENÉTICAS
		EXPLORACIÓN, ABUSO, VIOLACIÓN SEXUAL			RESTRICCIONES FÍSICAS EN MOVIMIENTOS
		FIBROMAS DEL ÚTERO			SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO
		QUISTES OVÁRICOS			ACUDE FRECUENTEMENTE A QUIROPRACTICO
Explique se responde "SI" a alguna pregunta:					

		INFECCIONES VAGINALES RECURRENTE (FRECUENTES)			<b>ALERGIAS</b>
		ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA			MEDICINAS:
		ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL (SÍFILIS, GONORREA, CLAMIDIA, HERPES, TRICOMONAS)			
		ÚLCERAS GENITALES			ALIMENTOS:
SI	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MÉDICO
<b>OTROS PROBLEMAS MÉDICOS</b>					
		¿FUMA O MASTICA TABACO?			¿CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?
		¿HA USADO ALGUNA VEZ MARIHUANA, ANFETAMINAS, COCAÍNA, HEROÍNA, CRACK, LSD, ÁCIDO U OTRAS DROGAS QUE ALTERAN LA MENTE?			¿CONSUME SUSTANCIAS EXTRAÑAS (ALMIDÓN, PINTURA, ARCILLA)?
Explique se responde "Si" a alguna pregunta:					

**¿Tuvo alguna de las siguientes enfermedades o cirugías en la niñez?**

S	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MÉDICO
		VARICELA (O SE VACUNÓ)			EXTRACCIÓN DEL APÉNDICE
		SARAMPIÓN (RUBÉOLA) (O SE VACUNÓ)			BIOPSIA DEL SENO
		FIEBRE REUMÁTICA			CIRUGÍA PARA AGRANDAR O REDUCIR LOS SENOS
		FIEBRE ESCARLATINA			CIRUGÍA BUCAL
		PAPERAS (O SE VACUNÓ)			CIRUGÍA PLÁSTICA
		SARAMPIÓN ALEMÁN (RUBÉOLA) (O SE VACUNÓ)			LAPAROSCOPIA
		EXTRACCIÓN DE VESÍCULA BILIAR			DILATACIÓN Y RASPADO
					¿ALGUNA OTRA CIRUGÍA?
Explique se responde "Si" a alguna pregunta:					

**¿Tiene algún miembro inmediato de su familia alguna de las siguientes?**

SI	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MÉDICO
		ENFERMEDAD CARDÍACA O ATAQUE CARDÍACO			DISTROFIA MUSCULAR O FIBROSIS QUÍSTICA
		PRESIÓN ARTERIAL ALTA			COREA DE HUNTINGTON
		ENFERMEDAD DE RIÑONES O VEJIGA			ENFERMEDAD DE TAY-SACHS
		TUBERCULOSIS			PARTO DE MELLIZOS O MÚLTIPLES BEBÉS
		DIABETES			CÁNCER
		TRASTORNO EMOCIONAL O MENTAL			ENFERMEDAD CRÓNICA
		DERRAME CEREBRAL, COÁGULOS O FLEBITIS			ABUSO DE DROGAS
		VARIACIONES DE LA SANGRE (CÉLULAS FALCIFORMES, TALASEMIA)			OPERACIONES MAYORES
		HEMOFILIA			COMPLICACIONES CON EMBARAZOS
		DEFECTOS CONGÉNITOS, SÍNDROME DE DOWN, DEFECTOS DEL TUBO NEURAL			¿TOMÓ SU MADRE ALGUNA HORMONA MIENTRAS ESTABA EMBARAZADA CON USTED?
Explique se responde "Si" a alguna pregunta:					

Escriba las medicinas que toma o usa actualmente: \_\_\_\_\_

¿Cómo aprende mejor nueva información? (Marque todas las que correspondan):

Instrucción verbal     
  Instrucción escrita     
  Demostración     
  Práctica  
 Otra: Explique \_\_\_\_\_

<b>OFFICE USE ONLY:</b>				
Accepted	Denied	Signature: _____		
Assign to: 1 <sup>st</sup> year	2 <sup>nd</sup> year	3 <sup>rd</sup> year	4 <sup>th</sup> year	Specific: _____

### EVALUACIÓN DE NECESIDADES PSICOLÓGICAS

El objetivo de esta evaluación es determinar si necesita la ayuda de nuestro personal de servicios sociales. Cuando se revise la información, la podrían remitir a nuestra trabajadora social quien podría querer reunirse con usted para abordar sus preguntas o inquietudes.

Haga un círculo en la respuesta que mejor refleje cómo se ha sentido **EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solo cómo se siente hoy.

1. He podido reírme y ver el lado divertido de la vida. 0 = Igual que siempre 1 = No tanto como antes 2 = Definitivamente no tanto como antes 3 = Para nada	6. Me he sentido abrumada. 3 = Sí, casi no he podido hacerle frente a la vida. 2 = Sí, a veces no he podido hacerle frente a la vida como antes lo hacía 1 = No, casi siempre he podido hacerle frente bien a la vida 0 = No, he podido hacerle frente a la vida tan bien como siempre
2. He esperado con entusiasmo las cosas. 0 = Igual que siempre 1 = Un poco menos que antes 2 = Definitivamente menos que antes 3 = Casi nada	7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir. 3 = Sí, casi no he podido hacerle frente a la vida 2 = Sí, a veces no he podido hacerle frente a la vida como antes lo hacía 1 = No, casi siempre he podido hacerle frente bien a la vida 0 = No, he podido hacerle frente a la vida tan bien como siempre
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal. 3 = Sí, casi siempre 2 = Sí, algunas veces 1 = No muy a menudo 0 = No, nunca	8. Me he sentido triste o miserable. 3 = Sí, casi siempre 2 = Sí, algunas veces 1 = No muy a menudo 0 = No, para nada
4. Me he sentido con ansiedad o preocupada sin ningún motivo obvio. 0 = No, para nada 1 = Casi nunca 2 = Sí, algunas veces 3 = Sí, muy a menudo	9. Me he sentido tan infeliz que me la he pasado llorando. 3 = Sí, casi siempre 2 = Sí, muy a menudo 1 = Solo ocasionalmente 0 = No, nunca
5. Me he sentido temerosa o aterrada sin ningún motivo obvio. 3 = Sí, con mucha frecuencia 2 = Sí, algunas veces 1 = No mucho 0 = No, para nada	10. He pensado en hacerme daño. 3 = Sí, muy a menudo 2 = Algunas veces 1 = Casi nunca 0 = Nunca
	_____ PUNTUACIÓN TOTAL

COMENTARIOS ADICIONALES:

### EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

El objetivo de esta evaluación es determinar si necesita la ayuda de nuestro personal de dietética. Responda a las siguientes preguntas y si tiene comentarios anótelos abajo.

SI	NO	ALGUNAS VECES	DECLARACIÓN
			Tomo una multivitamina todos los días.
			Omiso comidas o paso periodos largos sin comer.
			Tengo un historial de diabetes
			Tengo un historial de anemia
			Tengo un historial de trastornos de la alimentación, como bulimia o anorexia.
			Tengo un historial de presión arterial alta
			Actualmente tengo problemas con náuseas y vómito
			Actualmente tengo problemas con estreñimiento o diarrea
			Actualmente tengo problemas con calambres en las piernas
			Actualmente tengo problemas con acidez
			Actualmente tengo problemas con alergias a la leche
			Tengo 18 años o menos
			Actualmente tengo deseos de consumir cosas que no son alimentos, como arcilla o tierra
			Actualmente sigo una dieta especial
			Actualmente mi peso se encuentra por debajo de lo normal
			Actualmente tengo sobrepeso
			Tengo problemas con el hecho de que no como suficiente
			Creo que necesito asesoramiento individual sobre la nutrición

### COLOQUE UNA MARCA (✓) EN LOS ALIMENTOS QUE CONSUME REGULARMENTE

<input type="checkbox"/> Leche sin grasa o con 1% de grasa	<input type="checkbox"/> Pescado	<input type="checkbox"/> Frutas	<input type="checkbox"/> Margarina	<input type="checkbox"/> Agua
<input type="checkbox"/> Leche baja en grasa	<input type="checkbox"/> Pollo/Pavo	<input type="checkbox"/> Verduras	<input type="checkbox"/> Mayonesa	<input type="checkbox"/> Jugo
<input type="checkbox"/> Leche entera	<input type="checkbox"/> Carne roja baja en grasa	<input type="checkbox"/> Cereal de granos naturales	<input type="checkbox"/> Aderezos	<input type="checkbox"/> Gaseosas
<input type="checkbox"/> Yogur (regular o congelado)	<input type="checkbox"/> Huevos	<input type="checkbox"/> Cereales con azúcar	<input type="checkbox"/> Nueces	<input type="checkbox"/> Kool-Aid
<input type="checkbox"/> Requesón	<input type="checkbox"/> Frijoles	<input type="checkbox"/> Pan blanco	<input type="checkbox"/> Aceite de cocinar	<input type="checkbox"/> Postres
<input type="checkbox"/> Queso	<input type="checkbox"/> Hamburguesas	<input type="checkbox"/> Pan de trigo	<input type="checkbox"/> Chocolate	<input type="checkbox"/> Dulces
<input type="checkbox"/> "Cremas" (helado o nieve, crema agria, queso, crema batida)	<input type="checkbox"/> Hot dogs	<input type="checkbox"/> Arroz integral	<input type="checkbox"/> Comidas rápidas/fritas	<input type="checkbox"/> Galletas dulces
	<input type="checkbox"/> Pollo frito	<input type="checkbox"/> Arroz blanco	<input type="checkbox"/> Salsas cremosas y otras salsas	<input type="checkbox"/> Productos de pastelería

COMENTARIOS ADICIONALES: