

**WEST HOUSTON FAMILY PRACTICE ASSOCIATES, P.A.**

12245 Richmond Avenue
Houston, TX 77082-2518
(281) 558-6700

PCP: _____

Cigna HS? Yes No

Evaluacion de Riesgo de Salud 2020 (COA)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Usted tiene un directiva anticipada medica?				<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
¿Nos ha dado una copia?				<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
¿En las ultimas dos semanas, es ha sentido triste, desanimado, o sin esperanza?				<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
¿En las ultimas dos semanas, se ha sentido con poco interes de hacer las cosas?				<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
¿El dolor le impide hacer sus actividades cotidianas?				<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
Indique su dolor en escala de 0 a 10. 0=no dolor y 10=peor dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
¿Que tan frecuente hace ejercicio?		Nunca	1-2/Sem.	2-3/Sem.	> 3/Sem.
¿Como esta su salud FISICA comparada al año pasado?		Igual	Mejor	Peor	
¿Como esta su salud MENTAL comparada al año pasado?		Igual	Mejor	Peor	
¿Tiene problemas controlando su orina?		No Problema	Pequeño Problema	Gran Problema	
¿Ha usado o fumado tabaco?			Nunca	Antes	Actualmente
¿Que clase?		¿Qué tan frecuente?		Por _____ años	
¿Cuantas bebidas alcoholicas consume en un día?					
¿Ha tomada mas de 4-5 bebidas alcoholicas en un día durante este año?				<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
¿Ha tenido usted alguna vez la impresion de que deberia beber menos?				<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?				<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?				<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar los nervios o para librarse de una resaca?				<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
¿Cual es su estado civil?		Soltero/a	Casado/a	Divorciado/a	Vuido/a
¿Con quién vive?		Sólo/a	Con esposo/a	Con familia	Con asistencia
¿Qué tan frecuente tiene relaciones sexuales?		Nunca	A veces	Con Frecuencia	
¿Con cuantas personas?		Ninguna	Una y somos exclusivos	Una y tiene otras parejas	2+
¿Tiene alguna preocupacion social o economica?				<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
¿Se ha caido usted en los ultimos 3 meses?				<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N

WEST HOUSTON FAMILY PRACTICE ASSOCIATES, P.A.

12245 Richmond Avenue
 Houston, TX 77082-2518
 (281) 558-6700

PCP: _____

Cigna HS? Yes No

¿Tiene problemas al caminar, mantener el balance, o con caídas?				<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
¿Como camina?	Independientemente	Con ayuda de alguien	Con baston o andador		
	Uso silla de ruedas	Estoy en cama			
¿Tiene dificultad al bañarse o atender su aseo personal?				<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
¿Tiene dificultad al comer o al preparar sus comidas?				<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
¿Tiene dificultad con su vista?				<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
¿Necesita usted anteojos para ver?				<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
¿Tiene usted problema auditivo o requiere un aparato?				<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
¿Utiliza usted drogas ilegítimas?				<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N

Indique especialistas que usted ve regularmente

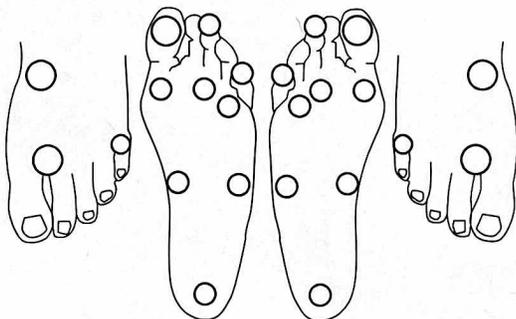
Nombre del doctor	Su especialidad
1.	
2.	
3.	
4.	

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Doctor: _____ Fecha: _____

Diabetic Foot Exam

Label the following sites to indicate patient responses to applications of monofilament vibration. Indicate presence (+) or absence (-) of sensory perception.



- Loss of sensation? No R L
- Abnormal Foot Shape? No R L
- Foot Ulcer? No R L
- Edema? No R L
- Pedal pulses absent? No R L

* _____
 Sign here to verify completion of foot exam

MD DO NP PA _____
 Circle credential above Date: _____