

Historia de Salud

(Por favor respuesta en ingles)

La siguiente información es muy importante para su salud. Por favor tome el tiempo total y completamente llenar esta información importante. Contamos con usted!

Internista o médico de familia: _____

Enfermedades de la infancia (marque todas las que apliquen): sarampión, rubéola, paperas, tos ferina, varicela, fiebre reumática, fiebre escarlatina, la poliomielitis, otros _____

Personal historia de las enfermedades para adultos (marque todas las que apliquen):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Emphysema/COPD |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Circulación | <input type="checkbox"/> Soplo de corazón | <input type="checkbox"/> TIA o Golpe |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Colesterol | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Úlcera péptica | <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado |
| <input type="checkbox"/> Pólipo de Colon | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> PPD positivo | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Desorden de Ansiedad/Pánico | <input type="checkbox"/> Síndrome de Intestino Irritable | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón |
| <input type="checkbox"/> MRSA | | |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

Operación:

Procedimiento	Año	Hospital	Cirujana

Hospitalizaciones (no incluyendo embarazos):

Razón	Año	Hospital	Médica

Medicamentos (incluye medicamentos de venta libre y suplementos de vitaminas y minerales):

Medicina Alergia:

Embarazos	Término Lleno	Prematuro	Mal partos	Abortos	Ectopics	Mult. Nacimientos	Vida

Fecha de Nacimiento	Sexo	Peso	Tipo de Entrega	Complicaciones

Son sus períodos: Regular ____ Irregular ____ Menopausia ____ No Segura ____
Explicar: _____

Anticoncepción: corriente _____ por delante _____

¿Papanicolaou anormal? Sí No cuando? _____ Tratamiento: _____

¿Ha tenido: Clamidia Gonorrea Verrugas Genitales Herpe Trichomona Sífilis HIV Hepatitis

Estado civil: Casado Single Divorciado Significant other

Educación: Escuela Secundaria, Colegio Algunos Universitarios Otros: _____

¿Has estado en una relación en la que fueron herido, amenazado o hace sentir miedo? Sí No

¿Humo? Ninguno Usado para Ascender ¿Cantidad? _____

¿Alcohol? Ninguno Bebe por semana _____

¿Cafeína? Ninguno Bebe por día _____

Restricciones en la dieta o suplementos: _____

Pruebas de detección anormal (mamografías, colesterol, colon, PPD): _____

Ejercicio y actividades de ocio: _____

Historia familiar-(círculo todos los que apliquen):

Diabetes, cardiopatía, problemas de colesterol, presión arterial alta, problemas de circulación, cáncer de Colon, cáncer de mama, cáncer de ovario, Melanoma, accidente cerebrovascular, enfermedad renal, Tuberculosis, cáncer, artritis, Osteoporosis, Anemia, depresión, suicidio, enfermedad Mental, alcoholismo, adicción a las drogas.

Edad, salud o edad y causa de muerte de: padres, hermanos, cónyuge, hijos:

Es mi responsabilidad para mantener la salud de la mujer de Chesapeake actualizada a los cambios en la historia de mi salud.

Signature _____

Date _____

La información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi creencia.

CUESTIONARIO DE LA VACUNA DEL EMBARAZO DE LA SALUD DE S DE LAS MUJERES DEL CHESAPEAKE'

(Por favor respuesta en ingles)

INFORMACIÓN PACIENTE	
Nombre	Fecha de nacimiento

HISTORIA PACIENTE		
	Sí	No
¿Usted ha tenido la vacunación de la pulmonía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuándo era su tétanos o tos ferina pasado vacunación?	Fecha (si está sabido):	
¿Usted ha tenido la serie de la vacunación de la hepatitis B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FIRMA paciente	
Firma de la persona para recibir la vacuna	Fecha

Mejorar el Acceso a la Salud Comienza con la Lactancia Materna

Las madres que amamantan tienen un menor riesgo de desarrollar cáncer de mama, cáncer de ovario, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, diabetes tipo 2 y depresión posparto. Mientras más tiempo amamante una mujer en su vida, más protección recibirá.

¿Desea programar una consulta de lactancia con uno de nuestros proveedores?

Sí No



Programa del WIC

Mujeres

Infantes

Niños

WIC les provee:

- Soporte para el amamantamiento
- Educación acerca de como alimentarse cuando usted esta embarazada o como alimentar a su hijo
- Respuestas a sus preguntas sobre salud, alimentos y nutrición

WIC tambien les provee:

- Alimentos nutritivos tales como frutas, vegetales, granos integrales, leche, huevos, frijoles o mantequilla de maní, cereal y jugo, formula, cereal para bebés, alimento para bebés **SIN COSTO ALGUNO!**

Usted o su hijo puede ser elegible si:

- Usted vive en Maryland
- Su salario por familia es menos que las pautas abajo

Tamaño de familia	Ingreso anual	Bi-semanal	Semanal
1	20,147.00	774.00	387.00
2	27,214.00	1,046.00	523.00
3	34,281.00	1,318.00	659.00
4	41,348.00	1,590.00	795.00

- Mujeres, infantes y niños son elegibles automaticamente por las guías de las ganancias requeridas por el WIC si tienen cuidado gratis de Medicaid o Estampillas de Comida
- Si eres una mujer embarazada, madre recién parida o con niños menores de 5 años

Nombre (imprima): _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Firma: _____ Fecha: _____

- Yo o mis hijos estamos inscritos en el programa del WIC
- Me gustaría inscribirme o re-inscribirme a mi o mis hijos en el programa del WIC
- No estoy interesada en los servicios del WIC en este momento

Por favor entregue este formulario en la recepcion

Midshore WIC: phone: 410-479-8060 or 866-551-2139; fax: 410-479-4417

WIC is an equal opportunity program