

VIDA MEDICAL PROGRAM - PATIENT INTAKE FORM

V-05-15



Trip Code:	
Interpreter:	
Clinic Site:	

<b>GENERAL INFO</b>	Day	Month	Year	Have you ever attended a VIDA clinic before/Ha asistido a una clínica de VIDA Antes?						
				Yes:	No:	When:				
	First name/Primer nombre			Middle name/Segundo nombre			Last Names / Apellidos			
	Gender/Genero:		M:	F:	Age/Edad:		Occupation/Ocupación:			
Medication or food allergies/Alergia a medicamentos o comidas:										
<b>ADULTS</b>	Smokes/Fuma:		Alcohol:		Drugs/Drogas:		Exercise/Ejercicio:			
	Diabetes:		Asthma/Asma:			Hypertension/hipertensión:				
	Gastritis:		Arthritis/Artritis:			Others:				
<b>CHILDREN</b>	Parent or legal guardian / Padre o tutor legal:									
	Asthma/Asma:		Pneumonias/Neumonías:				Diarrheas/Diarreas:			
	Under 6y.o.:	Breastfed/Lactó?	Yes:	No:	For how long/por cuanto tiempo?					
	On formula / Leche maternizada?		Yes:	No:	Why?					
	Peso/Weight	kg	Talla/Height	mts	Puntaje Z/Z Score:		W/S	W/A	S/A	IMC/BMI
	Immunizations/inmunizaciones:		BCG at birth:		Hep B:		Polio / Pentavalente / Rotavirus:		2m	4m
MMR 1y.o.:		Polio / DPT:		18m.o	4y.o.	DPT 6y.o.		Others:		
<b>FRA</b>	<b>Females in R.A.</b>		G	P	A	C	DLP/FUM:		FP/PF:	
	PAP: Yes	No	When/Cuándo?			Result/Resultado?				
	Fecha Ultima Mamografía/Date of last Mamography:					Result/Resultado?				
Hospitalization/Hospitalización:		When/Cuando?:			Why/Porqué?					
Surgeries/Cirugías:										
<b>MAIN COMPLAINT</b>										
<b>VITAL SIGNS &amp; PHYSICAL EXAM</b>										
Temp:		Respiratory rate:		Hear rate/Pulse:		Blood pressure:		Weight:		
Eyes/Ojos:				ENT/ORL:						
Neck/Cuello:				Heart/Corazón:						
Lungs/Pulmones:										
Muscle-skeletal/Musculo-esquelético:										
Abdomen:										
Skin/piel:					Neurological/Neurológico:					
<b>DIAGNOSIS</b>										
<b>TREATMENT PLAN</b>										
Flipchart Educational talk/ uso de rotafolio charla educativa? <input type="checkbox"/> Topic/ tema: _____										
MD signature:			License code:			MD stamp				