

**"Confidencial: este formulario se debe guardar siempre en una red segura, accesible sólo para el personal financiado por Ryan White."**

Nombre del cliente \_\_\_\_\_ Cliente N° \_\_\_\_\_ CM inicial \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Vitales

Estatura	Peso actual	Peso ideal	Conteo de CD4 actual	Fecha	Carga viral actual	Fecha	Conteo de CD4 más bajo	Fecha	Carga viral más alta	Fecha
				/ /		/ /		/ /		/ /

## Aspecto físico

Piel: \_\_\_\_\_ Postura y posición: \_\_\_\_\_  
 Deformidades físicas obvias: \_\_\_\_\_ Movilidad: \_\_\_\_\_  
 Habla: \_\_\_\_\_ Audición: \_\_\_\_\_  
 Higiene personal: \_\_\_\_\_ Expresión facial: \_\_\_\_\_

## Alergias

Medicación/fármaco  Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 Comida  Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 Ambiental  Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## Estado de VIH

VIH positivo (*no SIDA*) dx fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 VIH positivo (*SIDA desconocido*) dx fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 SIDA definido por CDC dx fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Factores de riesgo de VIH (marque todo lo que corresponda)

MSM  Heterosexual  IDU  Perinatal  
 Recepción de sangre o tejido  
 Trastorno de coagulación (hemofilia)  
 Desconocido o no informado/identificado  
 Otro: \_\_\_\_\_

## Situación de VIH

Ninguno  Clínica de financiación pública o HD  Práctica privada  Paciente ambulatorio de hospital  ER  Otro

Última visita médica: Proveedor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Información de contacto del proveedor de atención de salud (nombre y número de teléfono):

Proveedor de atención primaria		-	-
Proveedor de VIH/SIDA		-	-
Farmacia		-	-
Dentista		-	-

## Actividades de la vida diaria (solo, necesita asistencia o dependiente):

Actividad	Solo	Necesita asistencia	Dependiente	Actividad	Solo	Necesita asistencia	Dependiente	Actividad	Solo	Necesita asistencia	Dependiente
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasladarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arreglarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preparar comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higienizarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavar ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hacer compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bañarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Limpiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conducir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Molestias actuales** (\*evaluación nutricional requerida en caso afirmativo):

X = Sí	Descripción	X = Sí	Descripción	X = Sí	Descripción
<input type="checkbox"/>	*Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	Cambios en el patrón de jaquecas	<input type="checkbox"/>	Caídas
<input type="checkbox"/>	*Cambios en los hábitos alimenticios	<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	Cambios en la fuerza
<input type="checkbox"/>	*Náusea/vómito	<input type="checkbox"/>	Escalofríos	<input type="checkbox"/>	Entumecimiento
<input type="checkbox"/>	*Diarrea	<input type="checkbox"/>	Fatiga	<input type="checkbox"/>	Dolor
<input type="checkbox"/>	*Pérdida de peso inexplicada	<input type="checkbox"/>	Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho
<input type="checkbox"/>	*Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de las glándulas linfáticas	<input type="checkbox"/>	Tos
<input type="checkbox"/>	*Úlceras en la garganta o en la boca	<input type="checkbox"/>	Convulsiones/temblores	<input type="checkbox"/>	Falta de aire
<input type="checkbox"/>	Cambios auditivos	<input type="checkbox"/>	Mareo	<input type="checkbox"/>	Cambios en la piel/sarpullido
<input type="checkbox"/>	Cambios en la visión	<input type="checkbox"/>	Cambios en el equilibrio	<input type="checkbox"/>	Otro:

Comentarios:

**Antecedentes médicos**

¿Se diagnosticó alguna vez al cliente afecciones o infecciones oportunistas? (A=actual; P=pasada)  Ninguna

<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	ACD (Complejo de demencia del SIDA)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Candidiasis	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Cáncer de cuello de útero
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Colesterol (elevado)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Sinusitis crónica/recurrente	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	CMV (Citomegalovirus)
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Coccidioidomicosis	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Meningitis criptococal	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Criptosporidiosis
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Diabetes	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Encefalopatía	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Herpes Simplex
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Herpes Zóster (culebrilla)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Hepatitis A, B o C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Histoplasmosis
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Sarcoma de Kaposi	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Leucoencefalopatía	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Linfoma
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Complejo Avium Micobacteriano (MAC)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Miopatía	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Leucoplasia vellosa oral
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Infección causada por parásitos	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Neumonía por pneumocistis (PCP)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Toxoplasmosis
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Neumonía bacteriana	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva (PML)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Tuberculosis
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Enfermedades de transmisión sexual/ETS (STD)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Trombocitopenia	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	Otro:

Comentarios:

¿Tuvo el cliente **resultados positivos** en alguno de los siguientes análisis?  Ninguno

Hepatitis B  Hepatitis C  Prueba cutánea con tuberculina  Pap. anal Fecha del último análisis: / /

¿Recibió el cliente alguno de los siguientes **tratamientos**?

Quimioterapia  Infusión  Radiación  
 Hepatitis C  Tratamiento para LTBI (*TB latente*)  Tratamiento para TB (*activa*)

¿Recibió el cliente alguna de las siguientes **vacunas**?

Hepatitis A (HAV)  Hepatitis B (HBV)  Influenza  
 Sarampión/Paperas/Rubéola (MMR)  Neumocócica polisacárida  Otra: \_\_\_\_\_  
 Tétano/Difteria/Pertusis (Tdap)  Tétano/Difteria (Td)

Comentarios:

## Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual actuales

- ¿Tiene el cliente alguno de los siguientes síntomas?
- Úlceras genitales, verrugas, ampollas u otras lesiones       Ninguno
- Dolor/ardor al orinar       Dolor al tener sexo       Dolor en el bajo vientre
- Hombres:**       Dolor en los testículos o la ingle       Oral lesiones       Erupción cutánea nueva/usual
- Mujeres :**       Aumento de la secreción vaginal       Secreción uretral       Olor vaginal       Picazón en la vulva
- Cambios en la menstruación       Sangrado entre los períodos

- Durante el año pasado, ¿algún profesional de salud informó al cliente que él o ella tiene algunas de las siguientes afecciones?  Ninguna
- Clamidia       Enfermedad Inflamatoria Pélvica (PID)       Herpes Simplex
- Tricomoniasis       Linfogranuloma venéreo (LGV)       Sífilis
- Gonorrea       Virus del Papiloma Humano (VPH)

¿Recibió el cliente tratamiento para alguna de ellas? \_\_\_\_\_

## Antecedentes ginecológicos actuales

¿Está la cliente embarazada?  Sí       No      ¿Está amamantando?  Sí       No

Tipo de anticonceptivos: \_\_\_\_\_

Último PAP: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Resultados:  Normal       Anormal

Último examen de mamas: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Resultados: \_\_\_\_\_

Última mamografía: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Resultados: \_\_\_\_\_

Comentarios:

## Evaluación nutricional

Peso actual: \_\_\_\_\_

Peso ideal: \_\_\_\_\_

X = Sí	Descripción	Comentarios
<input type="checkbox"/>	Acceso a la comida: ¿come el cliente lo suficiente?	
<input type="checkbox"/>	¿Tiene apetito?	
<input type="checkbox"/>	¿Tiene dolor abdominal?	
<input type="checkbox"/>	¿Tiene náusea, vómitos, diarrea?	
<input type="checkbox"/>	¿Tiene dificultad para tragar?	
<input type="checkbox"/>	¿Tiene dificultad para masticar?	
<input type="checkbox"/>	¿Experimentó cambios en los hábitos alimenticios?	
<input type="checkbox"/>	¿Tiene problemas dentales?	Ver evaluación de salud oral

Evaluación visual de la apariencia física del cliente (*signos del síndrome de debilitamiento, constitución, peso más bajo que el normal, sobrepeso*):

El resumen nutricional puede incluir:  Suplementos con controles regulares de peso       Derivación a RD       Derivación a atención dental

Derivación a un denturista       Derivación a un proveedor de atención primaria de VIH       Derivación a terapia (*trastorno alimenticio, preocupación de salud mental o por abuso de sustancias*)

Contrato de Incentivo Nutricional       Otro

## Evaluación de la salud hepática

X = Sí	Descripción	Comentarios
--------	-------------	-------------

Nombre del cliente

Cliente N°  
Pág. 3 de 5

CM inicial

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Spanish DHS 8402 (7/09)