

IPE CLINIC FORM / FORMULARIO DE CLÍNICA IPE

NAME / NOMBRE (First Middle Last) (Primero Medio, Último)

DATE / FECHA:

PATIENT HISTORY IN THE PAST YEAR / HISTORIA DEL PACIENTE EN EL AÑO PASADO (CHECK ALL THAT APPLY) / (COMPRUEBE TODO LO QUE SE APLICA)

SKIN / LA PIEL

- RASHES, SKIN GROWTH /
RONCHAS, CRECIMIENTO
DE LA PIEL

ENDOCRINE/METABOLISM / ENDOCRINA / METABOLISMO

- THYROID DISORDER /
TRASTORNO DE TIROIDE
 DIABETES

HEART AND CIRCULATION / CORAZON Y CIRCULACION

- HIGH BLOOD PRESSURE /
ALTA PRESION SANGUINEA
 CHEST DISCOMFORT /
MOLESTIAS EN EL PECHO
 STROKE /
DERRAME CEREBRAL
 HEART ATTACK /
ATAQUE AL CORAZÓN

MUSCLE/BONES/JOINTS / MÚSCULO/HUESOS / JUNTAS

- ARTHRITIS/ ARTRITIS
 BACK PAIN /
DOLOR DE ESPALDA
 JOINT PAIN / DOLOR EN LAS
ARTICULACIONES

EAR/NOSE/THROAT / OÍDOS / NARIZ / GARGANTA

- LOSS OF HEARING /
PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN
 SINUS INFECTION /
INFECCIÓN SINUSAL
 DIFFICULTY SWALLOWING /
DIFICULTAD DE INGESTIÓN

NUTRITION / NUTRICIÓN

- CHANGE IN APPETITE /
CAMBIO EN EL APETITO

RESPIRATORY / RESPIRATORIO

- ASTHMA OR WHEEZING /
ASMA O HUMO
 CHEST COLD, COUGH /
FRIO EN EL PECHO, TOS
 SHORTNESS OF BREATH /
CORTE DE RESPIRACIÓN

STOMACH / ESTOMAGO

- STOMACH ULCER /
ÚLCERA ESTOMACAL
 HEARTBURN/ INDIGESTION
 DIARRHEA / DIARREA
 CONSTIPATION /
ESTREÑIMIENTO

- WEIGHT GAIN/LOSS / GANANCIA DE
PESO / PÉRDIDA DE PESO

KIDNEY/URINARY / RIÑÓN/ URINARIO

- KIDNEY DISEASE /
ENFERMEDAD DEL RIÑÓN
 TROUBLE URINATING /
PROBLEMAS URINANDO

NERVOUS SYSTEM / SISTEMA NERVIOSO

- HEADACHES /
DOLORES DE CABEZA
 HEAD INJURY /
LESIÓN CRANEAL
 SEIZURES / CONVULSIONES
CEREBRALES

DENTAL (LAST VISIT) / (ULTIMA VISITA)

- CAVITY/ CARIE _____
 CLEANING/ LIMPIESA _____
 EXTRACTION/ EXTRACCIÓN _____

MEDICATIONS (LIST ALL) / MEDICAMENTOS: (LISTE A TODOS): _____

ALLERGIES / ALERGIAS: _____

PATIENT STRESS QUESTIONNAIRE / CUESTIONARIO DE ESTRÉS DEL PACIENTE

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by the following: (circle one)

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado lo siguiente: (círculo uno)

- | | | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|--|---|
| 1. Feeling nervous, anxious, or on edge /
Sentirse nervioso, ansioso o nervioso | Not At All
No en absoluto | Several Days
Varios días | More Than Half the Days
Más de la mitad de los días | Nearly Every Day
Casi todos los días |
| 2. Not being able to stop or control worrying /
No poder parar o controlar preocuparse | Not At All
No en absoluto | Several Days
Varios días | More Than Half the Days
Más de la mitad de los días | Nearly Every Day
Casi todos los días |
| 3. Little interest or pleasure in doing things /
Poco interés o placer en hacer las cosas | Not At All
No en absoluto | Several Days
Varios días | More Than Half the Days
Más de la mitad de los días | Nearly Every Day
Casi todos los días |
| 4. Feeling down, depressed, or hopeless /
Sentirse abatido, deprimido o desesperado | Not At All
No en absoluto | Several Days
Varios días | More Than Half the Days
Más de la mitad de los días | Nearly Every Day
Casi todos los días |
| 5. Thoughts that you would be better off dead or hurting yourself in some way /
Pensamientos de que estarías mejor muerto o lastimándote de alguna manera | Not At All
No en absoluto | Several Days
Varios días | More Than Half the Days
Más de la mitad de los días | Nearly Every Day
Casi todos los días |

Alcohol use in the past year? (circle one) /

¿Consumo de alcohol en el último año? (círculo uno)

6. How often do you have a drink containing alcohol? /
¿Con qué frecuencia tomas una bebida que contiene alcohol? Never Monthly or Less 2 to 4 Times a Month 2 to 3 Times per Week 4 or More Times a Week
Nunca - Mensualmente o menos - 2 a 4 veces al mes - 2 a 3 veces por semana - 4 o más veces a la semana
7. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking? /
¿Cuántas bebidas contiene alcohol en un día típico cuando estás bebiendo? 1 or 2 3 or 4 5 or 6 7 or 9 10 or more/o más
8. How often do you have six or more (male)/four or more (female) drinks on one occasion? /
¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas (hombres) / cuatro o más (mujeres) en una ocasión? Never Less than Monthly Monthly 2 to 3 Times per Week 4 or More Times a Week
Nunca - Mensualmente o menos - 2 a 4 veces al mes - 2 a 3 veces por semana - 4 o más veces a la semana

ONE DRINK / UNA BEBIDA



In the past year how often have you used the following? (circle one) /

En el último año, ¿con qué frecuencia ha usado lo siguiente? (un círculo)

9. Tobacco /
El tabaco Never Once or Twice Monthly Weekly Daily or Almost Daily
nunca - una vez o dos veces al mes - semanalmente - diario o casi a diario
10. Prescription drugs for non-medical reasons /
Medicamentos recetados por razones no médicas Never Once or Twice Monthly Weekly Daily or Almost Daily
nunca - una vez o dos veces al mes - semanalmente - diario o casi a diario
11. Illegal drugs /
Drogas ilegales Never Once or Twice Monthly Weekly Daily or Almost Daily
nunca - una vez o dos veces al mes - semanalmente - diario o casi a diario

In the past year: (circle one) / En el año pasado: (círculo uno)

12. Have you been hit, kicked, punched, or otherwise hurt someone? (if so, by whom?) /
¿Ha sido golpeado, pateado, golpeado o lastimado a alguien? (Si es así, ¿por quién?) _____ No
_____ Yes, By whom / Sí, por quien: _____

INTERPROFESSIONAL CLINIC VISIT / VISITA CLÍNICA INTERPROFESIONAL

Patients may see multiple health professions students while at the clinic. / Los pacientes pueden ver múltiples estudiantes de profesiones de la salud mientras están en la clínica.

Do you have specific questions or concerns regarding your care today? / ¿Tiene preguntas o inquietudes específicas con respecto a su atención hoy?

-----Completed by the IPE Clinic Team-----

IPE Team:

- Complete this form throughout treatment
- Hand this form to next provider during transitions in care.
- Completed forms should be reviewed during team debriefs.

MEDICAL DENTAL OTHER: _____

Concern	Assessment	Plan	Responsible Team Member(s) Name/Profession

Patient was seen by following:

Team: Check and List your Initials

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> APRN (CNS/FNP) _____ | <input type="checkbox"/> Medical Doctor _____ | <input type="checkbox"/> Physician Associate (PA) _____ |
| <input type="checkbox"/> Audiologist _____ | <input type="checkbox"/> Nurse _____ | <input type="checkbox"/> Public Health Professional _____ |
| <input type="checkbox"/> Dental Hygienist _____ | <input type="checkbox"/> Occupational Therapist _____ | <input type="checkbox"/> Social Worker _____ |
| <input type="checkbox"/> Dentist _____ | <input type="checkbox"/> Pharmacist _____ | <input type="checkbox"/> Speech Language Pathologist |
| <input type="checkbox"/> Dietician _____ | <input type="checkbox"/> Physical Therapist _____ | _____ |