

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

1. ¿Ha estado en un **Hospital o Centro de Atención de Urgencia** recientemente?

Sí o no

sí, por favor escriba el nombre de la instalación _____

2. ¿Han hecho una **Colonoscopia** en los últimos 10 años?

Sí o no

sí, por favor escriba el nombre del doctor _____

3. ¿han hecho una **Mamografía** en el último año?

Sí o no

sí, por favor escriba el nombre de la instalación _____

4. Mujeres: Has hecho un **Papanicolaou** en el último año?

Sí o no

sí, por favor escriba el nombre del doctor _____

5. ¿Han hecho un **Examen Ocular** en el último año?

Sí o no

sí, por favor escriba el nombre del doctor _____

6. ¿Has ido a un **Especialista** desde su última visita? (ejemplo: cardiólogo, ortopédico, neurólogo)

Sí o no

Por favor, escriba el nombre de la(s) médico(s) _____

7. ¿Has hecho cualquier **Diagnóstico por Imagen** recientemente? (Radiografías, ecografías, CT, MRI)

Sí o no

sí, por favor escriba el nombre de la instalación _____

* Nota: Si no recuerdas el nombre de la instalación de doctor, por favor escriba el nombre del médico que le refirió.

Name: _____

Date of Birth: _____

1. Have you been to a **Hospital** or **Urgent Care** facility recently?

Yes or No

If yes, please write the name of the facility: _____

2. Have you done a **Colonoscopy** in the last **10** years?

Yes or No

If yes, please write the name of the doctor: _____

3. Have you done a **Mammogram** in the last year?

Yes or No

If yes, please write the name of the performing facility: _____

4. Women: Have you done a **Pap Smear** in the last year?

Yes or No

If yes, please write the name of the doctor: _____

5. Have you done an **Eye Exam** in the last year?

Yes or No

If yes, please write name of doctor or eye care center: _____

6. Have you been to a **Specialist** since your last visit? (ex: Cardiologist, Orthopedic, Neurologist)

YES or NO

If yes, please write name of doctor: _____

7. Have you done any **Diagnostic Imaging** recently? (ex: X-rays, CT scan, MRI, ultrasound, etc.)

Yes or No

If yes, please write the name of the performing facility: _____

***Note:** If you do not remember the name of a doctor /facility, and you were referred to one , please tell us the name of the referring doctor.