



# Community Health Partners<sup>SM</sup>

PHYSICIAN HOSPITAL ORGANIZATION

## Initial General Assessment

1. Cual es su diagnostico o condicion fisica primaria?  
\_\_\_\_\_
  2. Que otras codiciones tienes?  
\_\_\_\_\_
  3. Lista su receta medica.  
\_\_\_\_\_
  4. Lista cualquier hierbas, suplemento o mas medicamentos que usted toma.  
\_\_\_\_\_
  5. Tiene alguna lista de las alergias? Lista de las alergias. Lista comida, medicamentos o de temporada.  
\_\_\_\_\_
  6. Tiene necesidades especiales?  
\_\_\_\_\_
  7. Por favor lista reciente vacunas:

A. Vacuna contra la gripe	Date _____
B. Neumonia	Date _____
C. Tetanos	Date _____
D. Hepatitis B	Date _____
  8. Por favor escriba su Idioma primaty. \_\_\_\_\_
  9. A quien (Familia/Amigo) Puedo hablar sobre su condiciones medicas no sea usted?  
\_\_\_\_\_
  10. Tiene usted testamento en vida? \_\_\_\_ Si No \_\_\_\_\_
  11. Se siente bien en su medio abiente? \_\_\_\_ Si No \_\_\_\_\_
- Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

P.O. Box 9529, Naples, FL 34101-9935  
Phone: 239-659-7770, Fax: 239-659-7785  
Toll Free: 1-888-594-9008