

CUESTIONARIO SALUD

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____

Medicamentos

Por favor indique los medicamentos que toma regularmente con o sin receta _____

Alergias

Por favor indique cualquier alergia a medicamentos, comidas u otras cosas _____

Historial médico

Enfermedades/Condiciones

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes:

	Año
_____ Anemia	_____
_____ Ansiedad	_____
_____ Artritis	_____
_____ Asma	_____
_____ Defectos Congénitos	_____
_____ Cancer (Tipo: _____)	_____
_____ Colitis	_____
_____ Conmoción	_____
_____ Depresión	_____
_____ Diabetes	_____
_____ Enfisema	_____
_____ Ataque al corazón / enfermedad del corazón	_____
_____ Presión alta	_____
_____ Alto Colesterol	_____
_____ Enfermedad del riñon	_____
_____ Enfermedad del hígado	_____
_____ Azucar baja	_____
_____ Prolapso de la válvula mitral/soplo	_____
_____ Osteoporosis	_____
_____ Neumonía	_____
_____ Fiebre reumática	_____
_____ Ataque epileptico	_____
_____ Enfermedades de transmisión sexual	_____
_____ Derrame cerebral	_____
_____ Enfermedades de la Tiroides	_____
_____ Tuberculosis	_____
_____ Ulcera	_____

Procedimientos Quirúrgicos/Hospitalizaciones

Año

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Lesiones Graves

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Enfermedades de la infancia

Año

_____ Viruelas locas	_____
_____ Sarampión	_____
_____ Paperas	_____
_____ La Poliomieltis	_____
_____ Otra	_____

Historia Ginecológica (mujeres únicamente)

_____ ¿Está embarazada?	_____
_____ ¿Está la lactancia materna?	_____
_____ ¿Último período menstrual?	_____
_____ ¿Cuántos embarazos ha tenido?	_____
_____ ¿Cuántos hijos tiene?	_____
_____ ¿A qué edad empezo a tener períodos?	_____

Historia Familiar

Tiene algún pariente que ha tenido alguna vez alguna de las siguientes:

	Relativa (madre, padre, hermana, etc)
_____ Problemas de sangrar	_____
_____ Cáncer (tipo _____)	_____
_____ Convulsiones	_____
_____ Diabetes	_____
_____ Ataque al corazón	_____
_____ Enfermedades del Corazón	_____
_____ Presión alta	_____
_____ Enfermedades mentales/suicidio	_____
_____ Ataque epileptico	_____
_____ Derrame cerebral	_____
_____ Otro	_____

	Vivo	Fallecido
	Edad	Edad (a muerte) y causa
_____ Padre	_____	_____
_____ Madre	_____	_____
_____ Hermano/Hermana	_____	_____
_____ Esposo/Esposa	_____	_____
_____ Hijo/Hija	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Continúa en otro lado →

Cuando fue la última vez que ha tenido alguno de los siguientes:

_____ Chequeo de Colestero
 _____ Colonoscopia
 _____ Cardiogram
 _____ Vacuna contra la Gripe
 _____ Mamografía

_____ Papanicolao
 _____ Examen de la Próstata
 _____ Última vacuna del Tetano
 _____ Prueba de tensión Treadmill

Historia Social

¿Está usted casado?	Si/No	
¿Tiene niños / personas asu cargo en la casa?	Si/No	¿Cuantos? _____
¿Es usted empleado?	Si/No	¿Que tipo de trabajo? _____
¿Cuál es su nivel más alto de educación?		
¿Usted fuma o fumado o masticado tobbaoco?	Si/No	
_____ paquets _____ por dia _____ / años	¿Dejar de fumar? _____	¿Cuándo? _____
Usted o ha utilizado alguna vez drogas ilegales?	Si/No	Tipo: _____
¿Usted bebe alcohol?	Si/No	¿Cuánto por semana? _____
Ha sido expuesto a alguna sustancia tóxica?	Si/No	¿Que? _____
¿Usted bebe cafeína	Si/No	¿Cuanto? _____
¿Hace ejercicio regularmente	Si/No	¿Tipo? _____
¿Usa el cinturón de seguridad?	Si/No	
Utiliza asientos de automóvil para sus hijos si es menor de 60 libras?	Si/No	
Tiene usted un testamento vital o las directivas anticipadas?	Si/No	

Examen de los Síntomas

Por favor, circule cualquiera de los sintomas siguientes que usted experimenta.

- General:** Fatiga, fiebre, desesperanza, insomnio, bochornos, sudores, nocturnos, pobre concentración
 Reciente pérdida de peso o aumento de peso, Pérdida de interés en actividades usuales
- Piel:** Cambio en la pigmentación, Eczema, colmenas, ictericia, erupciones
- Otorolonga:** Cambio en la visión / audición, Mareo, glándulas grandes, glaucoma, Dolores de cabeza
 La pérdida de audición, rigidez en el cuello, sangra la nariz o los senos, problemas de oído crónicas
- Respiratorio:** Asma, Dificultad para respirar, frecuentes resfriados / Falta de respiracion.
 Escupes sangre
- Cardiaca:** Angina, Dolor en el pecho, dificultad para caminar 2 cuadras, soplo cardiaco, alta Presión
 Palpitaciones Hinchazón de manos / pies
- Gastrointestinales:** Dolor abdominal / cólicos, de sangre oscura o heces Cambio en los hábitos intestinales frecuentes la diarrea
 Frecuentes indigestión, acidez, gas, hinchazón Hemorroides, Hepatitis, Vómitos de sangre
- Genitourinario:** Dificultad para orinar, orina con frecuencia, Pérdida de control de la vejiga, insatisfactoria vida sexual
- Musculoesqueléticos:** Común de dolor o hinchazón, dificultad para caminar, calambres musculares o debilidad de las venas varicosas
- Neuropsiquiátricos:** Tratamiento para la depresión, atención siquiátrica, Desmayos parálisis, convulsiones
- Hematológicas:** Moretones faciles, sangrado excesivo después de herida, sanación lenta después de una cortada