TORRANCE MEMORIAL
PHYSICIAN NETWORK

CUESTIONARIO INICIAL DE SALUD DE ORL

Nombre (en letra imprenta):_____Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento:_____ Edad:_____ Altura:_____ Peso:_____

Médico de atención primaria: _____

Motivo de la visita:_____¿Hace cuánto tiempo esto ha sido un problema??_____

¿Cuál es la gravedad de este problema? Leve Moderado Grave Incapacitante Otro: _____

¿Cuál es la frecuencia de este problema? Constante Diario Semanal Aleatorio Otro: _____

El problema empeora con:_____Se alivia con:_____

Pacientes mujeres: ¿Está embarazada? Sí No ¿Cuándo fue su último periodo menstrual? _____

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas? (Marque con un círculo.)

Reflujo ácido
Alergias
Anemia
Ansiedad
Artritis
Asma
Fibrilación atrial
Trastorno bipolar
Trombosis
Enfermedad mamaria
Cáncer

Cataratas/Glaucoma
Lentes de contacto/Gafas
EPOC/Enfisema
Enfermedad de Crohn
Depresión
Diabetes
Eczema
Fibromialgia
Enferm. de la vesíc.
Gota
Audífono

Ataque cardíaco
Cardiopatía
Presión arterial alta
Coletero alto
Sindrom. colon irrit.
Enfermedad renal
Calculo renal
Enferm. hepática
Migrañas
Osteoporosis
Problemas de próstata

Fiebre reumática
Esquizofrenia
Trastorno convulsivo
Accidente grave
Infecciones de transmisión sexual
Accidente cerebrovascular
Trastorno de tiroides
Colitis ulcerativa
Úlceras
Otro: _____

¿Toma medicamentos? Sí No
(Indique todos los medicamentos que está tomando, incluyendo medicamentos de venta libre, vitaminas, laxantes y suplementos herbales.)

Nombre del medicamento:	Dosis:	¿Cómo lo toma/con qué frecuencia?	¿Quién lo recetó?

¿Alergias? Sí No Alergia: _____ Reacción: _____

Alergia: _____ Reacción: _____

☐ ***Marque la casilla si tiene información escrita adicional al dorso de la página.***

Información de la farmacia:_____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historial médico y quirúrgico: (Indique los más recientes primero.)

Cirugía:	Año:	Hospitalización:	Año:

Sus especialistas: (Indique los especialistas que ve en la actualidad o ha visto anteriormente.)

Especialidad:	Nombre:	Especialidad:	Nombre:

Historial médico de la familia inmediata: (Indique las siguientes enfermedades: cáncer, diabetes, presión arterial alta, problemas cardíacos, accidente cerebrovascular, convulsiones, trastornos de la tiroides, trastornos mentales, asma, osteoporosis, tuberculosis.)

Familia:	Edad: (si vive)	Fallecido: (edad y causa)	Saludable o enfermedad(es) observada(s):
Padre:			
Madre:			
Hermano:			
Hermana:			
Hijo:			
Hija:			

¿Algún familiar consanguíneo que no sea parte de la familia inmediata ha tenido una condición médica grave? (Especifique la relación)

Alcoholismo		Diabetes		Obesidad	
Alergias		Drogadicción		Osteoartritis	
Alzheimer		Eczema/urticaria		Osteoporosis	
Asma		Cardiopatía (CAD)		Trastorno convulsivo	
Trastorno hemorrágic		Presión arterial alta		ACV	
Trombosis		Colesterol alto		Enfermedad de la tiroides	
Cáncer		Enfermedad mental			
Depresión		Migrañas		Otro:	

☐ ***Marque la casilla si tiene información escrita adicional al dorso de la página.***

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL SOCIAL

Educación: (máximo nivel educativo obtenido) _____

¿Está trabajando actualmente? Sí No Ocupación: _____ Horas de trabajo por semana: _____

¿Es su trabajo satisfactorio y libre de presión y estrés excesivo? Sí No

¿Falta con frecuencia al trabajo? Sí No

Tabaco: Sí No Anteriormente

Tipo: _____ Paquetes/día:_____ Número de años que fumó:_____ Año que dejó: _____

Alcohol: Sí No Anteriormente

Tipo:_____ Número de bebidas ___ Con qué frecuencia:_____ Última bebida: _____

Drogas ilícitas: Sí No Anteriormente Tipo:_____ Año que dejó: _____

Consumo de cafeína: Sí No Café Té Gaseosas Bebidas energizantes Chocolate Consumo diario: _____

Estilo de vida: ¿Lleva una dieta específica? Sí No Si su respuesta es sí, ¿qué tipo de dieta? _____

¿Hace ejercicio regularmente? Sí No Si su respuesta es sí, ¿qué tipo de ejercicio? _____

Número de días a la semana:_____Horas al día:_____

TORRANCE MEMORIAL
PHYSICIAN NETWORK

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO

_____

Apellido del paciente | Nombre | Inicial de segundo nombre

_____

Fecha de nacimiento del paciente

Mediante el presente, yo,_____acepto los procedimientos diagnósticos y los tratamientos que pueda recibir como paciente externo, que pueden incluir, sin limitación, procedimientos de laboratorio, exámenes por radiografías o tratamientos médicos llevados a cabo por el personal médico empleado y/o contratado por Torrance Health Association DBA Torrance Memorial Physician Network.

_____ _____

Firma del paciente o representante legal | Fecha de hoy

_____

Representante del paciente (en letra imprenta)