

## Cuestionario de salud física para adultos

Por favor, actualice los cambios que se han producido en el último año.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**¿Cambios en los medicamentos?** Sí / No (Nuevos medicamentos prescritos desde su última visita, o cambios en la dosis. Por favor, indique todos los medicamentos que está tomando, incluyendo los medicamentos de venta libre, vitaminas, laxantes y suplementos herbales.)

Nombre del medicamento:	Dosis:	¿Cómo las toma/con qué frecuencia?	¿Quién le recetó esto?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Antecedentes médicos y quirúrgicos:** (Por favor escriba la más reciente primero)

Cirugía	Año	Hospitalización	Año
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Sus especialistas:** (Por favor indique a los especialistas que ve en la actualidad o ha visto anteriormente)

Especialidad	Nombre	Especialidad	Nombre
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**¿Alergias?** Sí / No Alergia: \_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_

**Historial médico de la familia inmediata:** (Tenga en cuenta las siguientes enfermedades: Cáncer, diabetes, presión arterial alta, problemas del corazón, accidente cerebro-vascular, convulsiones, trastornos de la tiroides, trastornos mentales, asma, osteoporosis, tuberculosis.)

Familiar:	Edad: (si aún viven)	Fallecidos: (indicar la edad y la causa de fallecimiento)	Saludable o enfermedad(es) observada:
Padre:	_____	_____	_____
Madre:	_____	_____	_____
Hermano:	_____	_____	_____
Hermana:	_____	_____	_____
Hijo:	_____	_____	_____
Hija:	_____	_____	_____

**Historial social:** Idioma preferido: \_\_\_\_\_ ¿Necesitas intérprete? Sí / No **Religión:** \_\_\_\_\_

**Empleado actualmente:** Sí / No Ocupación: \_\_\_\_\_ Horas de trabajo semanales: \_\_\_\_\_  
 ¿Es su trabajo satisfactorio y libre de presión o estrés excesivo? Sí / No ¿Falta con frecuencia al trabajo? Sí / No

**Relaciones:** Estado civil:  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Viudo # de matrimonios anteriores \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo es la relación con su cónyuge? \_\_\_\_\_ ¿Su vida sexual es satisfactoria? Sí / No  
 ¿Cómo es la relación con sus hijos? \_\_\_\_\_ # de hijos: \_\_\_\_\_ Hijas \_\_\_\_\_ Hijos

¿Da o recibe atención continua en el hogar? Sí / No ¿A quién o de quién? \_\_\_\_\_

¿Usted tiene una directiva anticipada? Sí / No ¿Esta oficina tiene una copia en el archivo? Sí / No

**Uso de tabaco:** Sí / No / Anteriormente Tipo: \_\_\_\_\_ Paquetes/Día: \_\_\_\_\_ Años como fumador: \_\_\_\_\_ Año en el que dejó de fumar: \_\_\_\_\_

**Alcohol:** Sí / No / Anteriormente Tipo: \_\_\_\_\_ Número de vedidas: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Última bebida: \_\_\_\_\_

**Drogas ilícitas:** Sí / No / Anteriormente Tipo: \_\_\_\_\_ Año en el que comenzó a consumir: \_\_\_\_\_ Año en el que dejó de consumir: \_\_\_\_\_

**Consumo de cafeína:** Sí / No (encierre en un círculo el tipo) Café / Té / Bebidas gaseosas / Bebidas energéticas / Chocolate  
 Consumo diario: \_\_\_\_\_

**Estilo de vida:** ¿Sigue usted una dieta específica? \_\_\_\_\_ ¿Hace ejercicio regularmente? Sí / No  
 Si es afirmativo, ¿qué tipo de ejercicio?: \_\_\_\_\_ Número de días por semana: \_\_\_\_\_ Horas diarias: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Por favor encierre en un círculo e indique si usted tiene cualquiera de las siguientes condiciones de forma recurrente. Responda todas las preguntas que correspondan.**

**General:**

Fatiga  
 Fiebre  
 Escalofríos o sudores nocturnos  
 Aumento de peso  
 Pérdida de peso

**Cabeza, ojos, oídos, nariz, garganta:**

Dolor en los ojos o lesiones  
 Enrojecimiento o picazón en el ojo  
 Visión: Pérdida/borrosa/doble

Dolor del oído o secreción  
 Pérdida de la audición  
 Zumbido en los oídos/Tinnitus  
 Vértigo  
 Desmayos

Hemorragia nasal  
 Goteo nasal/estornudos/picazón  
 Presión sinusal

Sangrado de las encías  
 Dolor de garganta  
 Dolor al tragar

**Cuello:**

Rigidez o lesión  
 Glándulas agrandadas

**Respiratorio:**

Sibilancias  
 Dificultad para respirar  
 Resfriados frecuentes  
 Tos crónica o frecuente  
 Espujo hemoptoico  
 Asma  
 Alergias estacionales o ambientales

**Cardiovascular:**

Dolor en el pecho  
 Presión en el pecho  
 Soplo cardíaco  
 Palpitaciones/arritmia  
 Dificultad para respirar con el ejercicio  
 Dificultad para respirar al acostarse  
 Calambres o hinchazón en las piernas  
 Venas varicosas

**Gastrointestinal:**

Pérdida del apetito  
 Dolor abdominal o cólicos  
 Acidez estomacal o indigestión  
 Intolerancia a los alimentos grasos/picantes  
 Vómito de alimentos  
 Vómito de sangre  
 Estreñimiento  
 Diarrea  
 Náuseas  
 Dolor con las deposiciones  
 Sangre en las heces o heces de color negro  
 Hemorroides

**Genitourinario:**

Ardor o dolor al orinar  
 Sangre en la orina  
 Frecuencia o urgencia de la orina  
 Pérdida de orina al toser o estornudar  
 Disminución de la fuerza de la corriente  
 Micciones nocturnas: # de veces \_\_\_\_\_

**Ginecología (sólo mujeres):**

Secreción vaginal  
 Dolor con la menstruación  
 Dolor al tener relaciones sexuales  
 Edad a la que comenzó la menstruación: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto duran las menstruaciones? \_\_\_\_\_ días  
 ¿Las menstruaciones son regulares? Sí / No  
 Edad en la menopausia: \_\_\_\_\_  
 Número de embarazos: \_\_\_\_\_  
 Número de abortos involuntarios: \_\_\_\_\_  
 Número de abortos: \_\_\_\_\_  
 Número de hijos: \_\_\_\_\_  
 ¿Toma ácido fólico? Sí / No

**Locomotor-musculo-esquelético:**

Dolor en el cuello o la espalda  
 Dolor o inflamación de las articulaciones  
 Dolor muscular o debilidad  
 Dificultad para caminar  
 Problemas de balance  
 Dolor al caminar

**Neuro-psiquiátrico:**

Ataques/convulsiones  
 Temblores  
 Entumecimiento de las extremidades, hormigueo  
 Problemas con el equilibrio y la marcha  
 Problemas de la memoria  
 Dolores de cabeza o migrañas  
 Dificultad para dormir/insomnio  
 Ansiedad  
 Depresión  
 Pensamientos suicidas  
 Pérdida de interés  
 Alucinaciones

**Hematológico:**

Sangrado excesivo  
 Hematomas anormales  
 Cicatrización lenta después de cortes

**Piel:**

Infecciones frecuentes o furúnculos  
 Urticaria/eczema/sarpullido  
 Lunares que cambian  
 Cáncer en la piel:  
 Basocelular/células escamosas  
 Melanoma  
 Queloides  
 Alergias en la piel:  
 Látex o cinta adhesiva  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Endocrino:**

Terapia hormonal  
 Bochornos  
 Intolerancia al calor o el frío  
 Sed excesiva  
 Cambio en el textura del pelo o piel

**Reproducción masculina:**

Disfunción eréctil  
 Dolor o masa testicular  
 Secreción del pene

Fecha

Firma de Paciente

Firma del Proveedor

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Prueba de evaluación del consumo de alcohol

Por favor encierre en un círculo su respuesta. Las puntuaciones se encuentran junto a su respuesta. Suma total al final de la sección.

**1. ¿Con qué frecuencia consume usted una bebida que contiene alcohol?**

(0.0) Nunca    (0.5) Cada mes o menos    (1.0) 2-4 veces al mes    (1.5) 2-3 veces a la semana    (2.0) 4 o más veces a la semana

**2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas suele consumir en un día normal cuando bebe?**

(0.0) 1 o 2    (0.5) 3 o 4    (1.0) 5 o 6    (1.5) 7 a 9    (2.0) 10 o más

**3. ¿La gente lo molesta por criticar su forma de beber?**

(0.0) No    (1.0) Sí

**4. ¿Se ha sentido mal o culpable por beber?**

(0.0) No    (1.0) Sí

**5. ¿Alguna vez ha tomado una bebida alcohólica en la mañana para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?**

(0.0) No    (1.0) Sí

**Puntuación:** \_\_\_\_\_ Una calificación de 2.5 o más indica un posible mal uso y la necesidad de una evaluación adicional. Por favor, llene el Formulario de auditoría de alcohol.

### Examen de evaluación de depresión (PHQ-A)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha presentado cualquiera de los siguientes problemas?

(Por favor encierre en un círculo el número que indique su respuesta)

	Ninguna vez	Varios días	Más de la mitad del tiempo	Casi todos los días
<b>1. Poco interés o placer en hacer las cosas</b>	0	1	2	3
<b>2. Se siente triste, deprimido o sin esperanza</b>	0	1	2	3
<b>3. Dificultad para conciliar o mantener el sueño</b>	0	1	2	3
<b>4. Se siente cansado o tiene poca energía</b>	0	1	2	3
<b>5. Falta de apetito o come en exceso</b>	0	1	2	3
<b>6. Se siente mal consigo mismo - o siente que es un fracaso o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia</b>	0	1	2	3
<b>7. Dificultad para concentrarse en cosas tales como la lectura del periódico o ver la televisión</b>	0	1	2	3
<b>8. Se mueve o habla tan lentamente que las otras personas lo notan. O lo contrario - está tan inquieto o intranquilo que se mueve mucho más de lo normal.</b>	0	1	2	3
<b>9. Pensamientos de que usted estaría mejor muerto, o de querer hacerse daño de alguna manera</b>	0	1	2	3
Suma de las columnas:		+	+	
(Suma total de las 3 columnas)				

Total = 

Si marcó alguno de estos problemas, ¿qué tan difícil han hecho estos problemas que usted pueda realizar su trabajo, hacerse cargo de su casa, o llevarse bien con otras personas?

- Nada difícil     
  Algo difícil     
  Muy difícil     
  Extremadamente difícil

## Cuestionario de Bienestar y Salud para Personas Mayores

(Por favor, complete este formulario sólo si tiene **65 años de edad o más**)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Llenado por: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez ha tenido problemas con cualquiera de estas actividades diarias?** (Por favor encierre en un círculo su respuesta)

SÍ	NO	Tomar medicamentos
SÍ	NO	Vestirse usted sólo
SÍ	NO	Tomar un baño o una ducha usted sólo
SÍ	NO	Caminar
SÍ	NO	Continencia de la orina
SÍ	NO	Continencia intestinal

**¿Puede realizar las siguientes funciones?** (Por favor seleccione su respuesta)

Con facilidad	No puede	Con dificultad	
			Subir escaleras
			Hacer ejercicio
			Subir y bajar de automóviles
			Bajar escaleras
			Subir escaleras
			Arrodillarse
			Ponerse calcetines y zapatos
			Caminar de 5 a 10 cuadras
			Caminar una distancia ilimitada

**¿Cuál es su nivel de actividad diaria?** (Por favor seleccione su respuesta)

	Sedentario—Permanece sentado viendo televisión o leyendo la mayor parte del día, no hace ejercicio.
	Moderado – Hace algo de ejercicio (camina de 2 a 3 veces por semana)
	Vigoroso— Hace ejercicio diariamente

**¿Sufre de dolor?** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cómo calificaría su dolor en una escala de 0 a 10, siendo 10 el dolor más severo? \_\_\_\_\_

Si su respuesta es afirmativa, ¿dónde se localiza el dolor? \_\_\_\_\_

**¿Tiene a alguien designado para tomar decisiones de salud en su nombre, en caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo?** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Por favor seleccione su respuesta)

	Directiva anticipada/Testamento en vida (una declaración escrita de los deseos de una persona con respecto a su tratamiento médico en circunstancias en las que no es capaz de expresar su consentimiento informado)
	Poder notarial para el cuidado de la salud (Un documento creado por un individuo para conceder a otra persona el derecho y la autoridad para manejar los asuntos relacionados con el cuidado de la salud)
	Apoderado para el cuidado de la salud (Un documento que permite a un paciente designar a un representante para que tome decisiones de su atención de salud)
<b>¿Su médico tiene una copia en su expediente?</b> Sí _____    No _____	