



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

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

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

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

Familia: Edad (si viven)      Fallecido (causa y edad)      Saludable o enfermedad(es) observada(s):      Hermanos adicionales con edad y condición: (si aún viven)

Padre: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

Hermano: \_\_\_\_\_

Hermana: \_\_\_\_\_

Hijo: \_\_\_\_\_

Hija: \_\_\_\_\_

**Historial social**

**Uso de tabaco:**       Nunca      # de cigarrillos/paquetes por día: \_\_\_\_\_ # de años de consumo de tabaco: \_\_\_\_\_  
 Anteriormente      Tipo de uso de tabaco: \_\_\_\_\_  
 Actualmente      Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Si anteriormente, fecha en que dejó de fumar \_\_\_\_\_

**Consumo de alcohol:**       Nunca      Tipo: \_\_\_\_\_  
 Anteriormente  
 Actualmente      # de bebidas/semana \_\_\_\_\_

**Drogas ilícitas:**       Nunca  
 Anteriormente      Tipo: \_\_\_\_\_  
 Actualmente

**Situación laboral:** ¿Está trabajando actualmente?  Sí  No  Jubilado(a)

Ocupación: \_\_\_\_\_ Horas de trabajo por semana: \_\_\_\_\_

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

¿Falta con frecuencia al trabajo?  Sí  No

**Educación:** (máximo nivel educativo obtenido) \_\_\_\_\_

**Ejercicio:** ¿Hace ejercicio regularmente?  Sí  No      Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de ejercicio?: \_\_\_\_\_  
Número de días a la semana: \_\_\_\_\_  
Horas al día: \_\_\_\_\_

**Estado civil:**       Soltero(a)  Casado(a)  Separado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  
# de matrimonios anteriores: \_\_\_\_\_

¿Cómo es la relación con su cónyuge? \_\_\_\_\_      ¿Su vida sexual es satisfactoria?  Sí  No

**Número de hijos:**

¿Cómo es la relación con sus hijos? \_\_\_\_\_      Número de hijos: \_\_\_\_\_ Mujeres \_\_\_\_\_ Hombres

**Nutrición:** ¿Está siguiendo alguna dieta específica?  Sí  No      Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de dieta es? \_\_\_\_\_

**Consumo de cafeína:**       Sí  No  
 Café  Té  Bebidas gaseosas  Bebidas energéticas  Chocolate      Consumo diario: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

La fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Evaluación de riesgos para la salud***(Por favor, marque su respuesta)*

¿Hay peligros en su casa que puedan hacerle daño?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Necesita a alguien que le ayude a levantarse por la mañana?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Se ha caído durante el último año?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Le preocupa caerse?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Usa un bastón o una andadera?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
En las últimas cuatro semanas, ¿se ha caído o se ha mareado al ponerse de pie?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Cuántas veces se ha caído durante el último año?	# _____	

**Evaluación funcional***(Por favor, marque su respuesta)*

Independiente/capaz de hacer la actividad sin ayuda	Necesita ayuda	Depende de la ayuda	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bañarse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vestirse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ir al baño/aseo personal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Subir escaleras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Levantarse de la cama o silla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentarse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Continencia (intestinal o de la orina)
¿Alguna vez ha tenido problemas con cualquiera de estas actividades diarias? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		¿Alguna vez ha tenido problemas con la incontinencia intestinal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

**Evaluación de seguridad en el hogar***(Por favor, marque su respuesta)*

- Sí     No    ¿Usa el cinturón de seguridad cuando viaja en un automóvil?  
 Sí     No    ¿Hay alarmas de humo en funcionamiento disponibles para usar en su hogar?  
 Sí     No    ¿Tiene un detector de monóxido de carbono en su hogar?

**Prueba de evaluación del consumo de alcohol****Sistema de puntuación**

	0	1	2	3	4	Su Puntuación
¿Con qué frecuencia consume una bebida que contiene alcohol?	Nunca	Una vez al mes o menos	2 a 4 veces al mes	2 a 3 veces al mes	4 o más veces a la semana	
¿Cuántas bebidas alcohólicas suele consumir en un día normal cuando bebe?	0 a 2	3 a 4	5 a 6	7 a 9	10 o más veces	
¿Con qué frecuencia ha bebido 6 o más bebidas si es mujer, u 8 o más si es hombre, en una sola ocasión en el último año?	Nunca	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Todos los días o casi todos los días	

Si tiene una puntuación de 5 o más en la prueba de detección de alcohol, es posible que se le hagan más preguntas.

Nombre: \_\_\_\_\_

La fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)****Encierre su respuesta en un círculo**

¿Le han diagnosticado depresión en los últimos 2 años?

**NO****SÍ**

¿Has estado tomando un medicamento antidepresivo en los últimos 2 años?

**NO****SÍ****Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha presentado cualquiera de los siguientes problemas?**

	<b>Ninguna vez</b>	<b>Varios días</b>	<b>Más de la mitad del tiempo</b>	<b>Casi todos los días</b>
1) Poco interés o placer en hacer las cosas	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
2) Se siente triste, deprimido o sin esperanza	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
3) Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir mucho	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
4) Se siente cansado o tiene poca energía	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
5) Falta de apetito o come en exceso	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>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</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
7) Dificultad para concentrarse en cosas tales como la lectura del periódico o ver la televisión	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>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</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
9) Pensamientos de que usted estaría mejor muerto, o de querer hacerse daño de alguna manera	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

**Suma de las columnas:**

+

+

(Suma total de las 3 columnas) **TOTAL**

10

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

Para nada difícil \_\_\_\_\_

Algo difícil \_\_\_\_\_

Muy difícil \_\_\_\_\_

Extremadamente difícil \_\_\_\_\_