

## Cuestionario inicial de salud

Nombre (letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Razón de la visita: \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo ha tenido este problema? \_\_\_\_\_

¿Qué tan grave es este problema? (encierre en un círculo)

LEVE MODERADO SEVERO INCAPACITANTE

OTRO: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se presenta el problema? (encierre en un círculo)

CONSTANTEMENTE DIARIAMENTE SEMANALMENTE ALEATORIAMENTE OTRO: \_\_\_\_\_

El problema se agrava con: \_\_\_\_\_

Se alivia con: \_\_\_\_\_

***Si se necesita más espacio en las siguientes áreas, por favor escriba en el reverso de la página.***

**¿Está tomando algún medicamento?** Sí / No

(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?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Alergias?	Sí / No	Alergia:	Reacción:
		_____	_____
		_____	_____

**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
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Por favor, marque el recuadro si escribió información adicional en la parte posterior de la página.**

## Historial médico

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

Por favor encierre en un círculo e indique si usted presenta cualquiera de las siguientes condiciones:

Reflujo ácido	Cáncer (tipo): _____	Glaucoma	Piedras en el riñón	Accidente grave
Alergias	Cataratas/glaucoma	Gota	Enfermedad del hígado	Enfermedad de
Anemia	Pólipos en en colon	Aparatos auditivos	Migrañas	transmisión sexual
Ansiedad	Lentes de contacto/gafas	Ataque al corazón	Osteoporosis	Accidente cerebrovascular
Artritis	EPOC/enfisema	Enfermedades del	Marcapasos	Enfermedad de la tiroides
Asma	Enfermedad de Crohn	corazón	Papanicolaou (anormal)	Colitis ulcerosa
Fibrilación auricular	Depresión	Presión arterial alta	Problemas de la próstata	Úlceras
Trastorno bipolar	Diabetes	Colesterol alto	Fiebre reumática	
Coágulos de sangre	Eczema	Esterilidad	Esquizofrenia	Otro: _____
Enfermedad mamaria	Fibromialgia	Síndrome del intestino irritable.	Convulsiones	
		Enfermedad del riñón		

¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos tres años?

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Historial familiar

### 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.)

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

**¿Algún pariente consanguíneo que no sea familiar directo ha presentado las siguientes condiciones?** (Por favor, especifique la relación)

Alcoholismo	_____	Diabetes	_____	Obesidad	_____
Alergias	_____	Adicción a las drogas	_____	Osteoartritis	_____

Enfermedad de Alzheimer	_____	Eczema/Urticaria	_____	Osteoporosis	_____
Asma	_____	Enfermedad del corazón (EAC)	_____	Convulsiones	_____
Trastorno hemorrágico	_____	Presión arterial alta	_____	Accidente cerebrovascular (ACV)	_____
Coágulos de sangre	_____	Colesterol alto	_____	Enfermedad de la tiroides	_____
Cáncer	_____	Enfermedad mental	_____	Otro:	_____
Depresión	_____	Migrañas	_____		_____

### Historial social

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

Raza: \_\_\_\_\_ Grupo étnico: \_\_\_\_\_ Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_

¿Necesita un intérprete? Sí / No Religión: \_\_\_\_\_

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

**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 ¿Usted maneja? 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  
 ¿Quién vive en casa con usted? \_\_\_\_\_  
 ¿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

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

**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 bebidas: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Última bebida: \_\_\_\_\_

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

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

**Atención preventiva:**

(indique la fecha del ultimo examen)

<b>Exámenes:</b>	Fecha	<b>Evaluaciones</b>	Fecha	<b>Vacunas:</b>	Fecha	<b>Otro:</b>	Fecha
Examen físico	_____	Prueba de diabetes	_____	Vacuna DTP(difteria, tos ferina y tétanos)	_____	<b>Sólo mujeres:</b>	
Examen dental	_____	Evaluación del colesterol	_____	Gardasil	_____	Prueba de Papanicolaou	_____
Examen de la vista	_____	Colonoscopia	_____	Hepatitis A	_____	Mamografía	_____
ECG	_____	Densidad ósea	_____	Hepatitis B	_____		
<b>Sólo diabéticos:</b>		Prueba de tuberculosis	_____	Influenza	_____	<b>Sólo hombres:</b>	
Hemoglobina AC1	_____	Pruebas de ETS	_____	Neumonía	_____	APE	_____
Examen de microalbuminuria	_____			Zostavax(herpes zóster)	_____		
Examen de los pies	_____						

 **Por favor, marque el recuadro si escribió información adicional en la parte posterior de la página.**

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

**Gastrointestinal:**  
 Pérdida del apetito

**Neuro-psiquiátrico:**  
 Ataques/convulsiones

<p>Fiebre Escalofríos o sudores nocturnos Aumento de peso Pérdida de peso</p> <p><b>Cabeza, ojos, oídos, nariz, garganta:</b> Dolor en los ojos o lesiones Enrojecimiento o picazón en el ojo Visión: Pérdida/borrosa/doble</p> <p>Dolor del oído o secreción Pérdida de la audición Zumbido en los oídos/Tinnitus Vértigo Desmayos</p> <p>Hemorragia nasal Goteo nasal/estornudos/picazón Presión sinusal</p> <p>Sangrado de las encías Dolor de garganta Dolor al tragar</p> <p><b>Cuello:</b> Rigidez o lesión Glándulas agrandadas</p> <p><b>Respiratorio:</b> Sibilancias Dificultad para respirar Resfriados frecuentes Tos crónica o frecuente Espujo hemoptoico Asma Alergias estacionales o ambientales</p> <p><b>Cardiovascular:</b> 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</p>	<p>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</p> <p><b>Genitourinario:</b> 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 _____</p> <p><b>Ginecología (sólo mujeres):</b> 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</p> <p><b>Locomotor-musculo-esquelético:</b> 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</p>	<p>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</p> <p><b>Hematológico:</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Sangrado excesivo Hematomas anormales Cicatrización lenta después de cortes</p> </div> <p><b>Piel:</b> 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: _____</p> <p><b>Endocrino:</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Terapia hormonal Bochornos Intolerancia al calor o el frío Sed excesiva Cambio en el textura del pelo o piel</p> </div> <p><b>Reproducción masculina:</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Disfunción eréctil: Dolor o masa testicular Secreción del pene</p> </div> <hr/> <p>Fecha _____</p> <hr/> <p>Firma del Padre _____</p> <hr/> <p>Firma del Proveedor _____</p>
---	---	---