



CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Todas las preguntas incluidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y pasarán a formar parte de su expediente médico. Para información adicional, escriba o adjunte documentos al dorso.

Nombre (<i>apellido, nombre, inicial de segundo nombre</i>):	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO:	Fecha:
---	---	-----------------------------	---------------

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

Medicamentos: realice una lista de sus recetas e incluya medicamentos de venta libre, como vitaminas e inhaladores. **No toma medicamentos**

Nombre del medicamento	Fuerza	Frecuencia	Nombre del medicamento	Fuerza	Frecuencia

Alergias: incluya antibióticos, narcóticos, anestésicos, yodo, IV, colorante, látex, picaduras insectos, picaduras, alimentos **Sin alergias conocidas**

Nombre	Reacción	Nombre	Reacción

Historial Médico: he padecido las siguientes condiciones de salud: (marque todas las que correspondan, escriba en otros) **Nunca tuve ningún**

Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Anginas <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> Problemas en la válvula del corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca reumática <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Ataque isquémico transitorio <input type="checkbox"/> Várices
Problemas endocrinos	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Trastorno de tiroides <input type="checkbox"/> Enfermedad de la glándula suprarrenal
Enfermedades respiratorias	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Apnea del sueño <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Fiebre del Valle
Musculoesqueléticos	<input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Dolor de espalda crónico <input type="checkbox"/> Fracturas/dislocaciones <input type="checkbox"/> Osteoporosis
Gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Enfermedad diverticular <input type="checkbox"/> Reflujo esofágico (ERGE) <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Enfermedad Inflamatoria Intestinal <input type="checkbox"/> Problemas de hígado <input type="checkbox"/> Problemas de páncreas <input type="checkbox"/> Úlcera
Enfermedades renales	<input type="checkbox"/> Cálculos renales <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal <input type="checkbox"/> Infecciones recurrentes del tracto urinario
Trastornos en la sangre	<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> HIV Positivo <input type="checkbox"/> SIDA
Infecciones	<input type="checkbox"/> Infección de transmisión sexual <input type="checkbox"/> SARM
Enfermedades neurológicas	<input type="checkbox"/> Migraña dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Neuropatía periférica <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia
Problemas en la vista	<input type="checkbox"/> Enfermedad diabética del ojo <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Glaucoma
Trastorno psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar <input type="checkbox"/> Desórdenes alimenticios

Cáncer Especifique el tipo:

Especialistas a los que acude actualmente

Hospitalización reciente en el último año

Fecha:

Ubicación:

¿Cuántas veces ha estado embarazada?

Cantidad de hijos

Cirugías/Procedimientos **No Cirugías/Procedimientos**

<input type="checkbox"/> Apendicectomía (Apéndice)	Histerectomía <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Stent coronario	<input type="checkbox"/> Vasectomía	<input type="checkbox"/> Procedimiento en las rodillas
<input type="checkbox"/> Amigdalectomía	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Bypass coronario	<input type="checkbox"/> Procedimiento de caderas
<input type="checkbox"/> Vesícula biliar (colecistectomía)	<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas	<input type="checkbox"/> Cirugía de válvula cardíaca	<input type="checkbox"/> Procedimiento de espalda
<input type="checkbox"/> Reparación de hernia	<input type="checkbox"/> Procedimiento/Cirugía de mama	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Procedimiento en los ojos <input type="checkbox"/> Cirugía en la vista
<input type="checkbox"/> Otras cirugías:			

Firma del Doctor/Clinico: _____ Fecha: _____



Nombre (Apellido, Nombre de Pila, Inicial del segundo nombre):	FECHA DE NACIMIENTO:	Fecha:
---	-----------------------------	---------------

HISTORIAL Y HÁBITOS SOCIALES

Tabaco	Estatus como fumador: <input type="checkbox"/> Nunca ha fumado <input type="checkbox"/> Ha fumado en el pasado <input type="checkbox"/> Fuma actualmente todos los días <input type="checkbox"/> Fuma actualmente algunos días <input type="checkbox"/> Fumador crónico de tabaco <input type="checkbox"/> Fumador ocasional de tabaco <input type="checkbox"/> Estatus de fumador de tabaco desconocido _____ Cantidad de años	Tipo de tabaco: <input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Cigarros <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Otro: _____ Edad en la que comenzó	Describa su consumo diario de tabaco: _____ N. ° de paquetes _____ N. ° de cigarrillos _____ N. ° de mascadas/día _____ Edad en la que dejó	Previos intentos para dejar de fumar: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Hipnosis <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Reemplazo de nicotina
Cafeína	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Té	<input type="checkbox"/> Otro:	¿Cantidad por día?	
Alcohol	¿Bebe alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si ha contestado sí, ¿qué tipo/cantidad por semana?	
Ejercicio	Tipo:		Frecuencia:	
Pasatiempos	Lista de pasatiempos, actividades y deportes:			
Drogas	¿Ingiere drogas recreativas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo:	Cantidad:	
Sexualidad	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Transgénero			
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> En unión civil <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a			
Empleo/Escuela	¿Ocupación?		¿Lugar donde trabaja/asiste a la escuela?	
Personal/Seguridad	¿Con quién vive?			
	¿Usa normalmente el cinturón de seguridad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	¿Posee usted una carta poder médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene usted un testamento en vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿Se siente amenazado física, sexual o verbalmente en su relación doméstica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

EVALUACIÓN FUNCIONAL

Capacidad para cuidarse a sí mismo	Independiente	Necesita asistencia	No tiene la capacidad de hacerlo
Deambulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para masticar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir las escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movilidad en la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para ingerir líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene/Baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para ir al baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para alimentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deglutir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cognición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Déficits sensoriales	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ciego, ojo izquierdo <input type="checkbox"/> Ciego, ojo derecho <input type="checkbox"/> Déficit cognitivo <input type="checkbox"/> Déficit auditivo, lado izquierdo <input type="checkbox"/> Déficit auditivo, lado derecho <input type="checkbox"/> Déficit sensorial/del tacto <input type="checkbox"/> Discapacidad visual no corregida <input type="checkbox"/> Otro:
Equipamiento médico	Especifique el tipo (dispositivos de asistencia, sillas de ruedas, prótesis, audífonos, sillas para la ducha, etc ...):

Firma del Doctor/Clinico: _____ Fecha: _____



Nombre (Apellido, Nombre de Pila, Inicial del segundo nombre):	FECHA DE NACIMIENTO:	Fecha:
---	-----------------------------	---------------

REVISIÓN DE LOS SÍNTOMAS		
Por favor, marque los que ha padecido en los últimos tres meses.		
<u>GENERAL</u>	<u>GASTROINTESTINALES</u>	<u>NEUROLÓGICO</u>
<input type="checkbox"/> Cambio de peso no deseado	<input type="checkbox"/> Dificultad para deglutir	<input type="checkbox"/> Entumecimiento/debilidad/hormigueo del brazo/pierna
<input type="checkbox"/> Siempre cansado/fatiga	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio/mareos/vértigo
<input type="checkbox"/> Cambio en el apetito	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Desmayos
<input type="checkbox"/> Fiebre/transpiración sin explicación	<input type="checkbox"/> Úlcera/Acidez estomacal	<input type="checkbox"/> Fuerte dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> Problemas frecuentes para conciliar el sueño	<input type="checkbox"/> Hinchazón	<input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza
<u>OJOS/OREJAS/NARIZ/GARGANTA</u>	<input type="checkbox"/> Vómitos/Vómitos con sangre	<input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria/Confusión
<input type="checkbox"/> Cambio en la visión	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Parálisis
<input type="checkbox"/> Dificultades en la audición	<input type="checkbox"/> Constipación	<input type="checkbox"/> Ataques/Convulsiones
<input type="checkbox"/> Dolor de orejas	<input type="checkbox"/> Heces negras o con sangre	<input type="checkbox"/> Temblores
<input type="checkbox"/> Sangrado de nariz frecuente	<input type="checkbox"/> Dieta especial	<u>MUSCULOESQUELÉTICOS</u>
<input type="checkbox"/> Estornudos	<u>GENITOURINARIAS/GYN</u>	<input type="checkbox"/> Dolor de espaldas
<input type="checkbox"/> Dolor o sangrado en encías	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Dificultad para caminar/Caidas
<input type="checkbox"/> Problemas dentales	<input type="checkbox"/> Orinar con frecuencia	<input type="checkbox"/> Hinchazón de articulaciones/Dolor de articulaciones
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Orina dolorosa	<input type="checkbox"/> Músculo de dolor
<input type="checkbox"/> Ronquidos	<input type="checkbox"/> Infección de Transmisión Sexual	<u>PIEL</u>
<input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas	<input type="checkbox"/> Dolor/descargo de pene	<input type="checkbox"/> Sangrado/Moretones anormales
<input type="checkbox"/> Usa anteojos/lentes de contacto	<input type="checkbox"/> Dolor/bulto en testículos	<input type="checkbox"/> Color/cambio de tamaño de lunar
<u>RESPIRATORIO</u>	<input type="checkbox"/> Deficiencias sexuales	<input type="checkbox"/> Cambio en cabello/uñas
<input type="checkbox"/> Tos/Dolor al respirar	<input type="checkbox"/> Pérdida de control urinario/incontinencia	<input type="checkbox"/> Sarpullido/picor/sequedad
<input type="checkbox"/> Falta de aire	<input type="checkbox"/> Períodos irregulares	<input type="checkbox"/> Úlcera cutánea
<input type="checkbox"/> Jadeos	<input type="checkbox"/> Períodos dolorosos	<input type="checkbox"/> Acné
<input type="checkbox"/> Problemas para conciliar el sueño	<input type="checkbox"/> Picazón/descargo vaginal	
<input type="checkbox"/> Oxígeno en el hogar	<input type="checkbox"/> Hormonas después de la menopausia	
	<input type="checkbox"/> Bulto en el seno	
	<input type="checkbox"/> Descarga en el pezón	
<u>CARDIOVASCULAR</u>	<u>ENDOCRINO</u>	<u>PSIQUIÁTRICO</u>
<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho con actividad	<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor/frío	<input type="checkbox"/> Molesto por sentirse triste, deprimido o desesperado durante el último mes
<input type="checkbox"/> Palpitaciones/pulso irregular	<input type="checkbox"/> Cambios en la voz/tamaño de cabeza o manos	<input type="checkbox"/> Se ha sentido molesto o con poco interés para realizar actividades durante el último mes
<input type="checkbox"/> Dolor en la pierna al caminar	<input type="checkbox"/> Uso de esteroides	<input type="checkbox"/> Tendencias suicidas
<input type="checkbox"/> Hinchazón en piernas o brazos		<input type="checkbox"/> Víctima de abuso sexual o físico
<input type="checkbox"/> Problemas en las venas		
<input type="checkbox"/> Otros síntomas que no se hayan descrito anteriormente:		
<input type="checkbox"/> Por favor, marque aquí si son normales/negativos		

Firma del Doctor/Clinico: _____ Fecha: _____



Nombre (Apellido, Nombre de Pila, Inicial del segundo nombre):	FECHA DE NACIMIENTO:	Fecha:
---	-----------------------------	---------------

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

¿Tiene un padre, hermano o hijo con los siguientes síntomas/enfermedades? Por favor, seleccione a un familiar. **Desconocido** **Adoptado**

	Padre	Madre	Otro: ¿Cuál es el parentesco?		Padre	Madre	Otro: ¿Cuál es el parentesco?
<input type="checkbox"/> Cáncer: de ovario/útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cáncer: Mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cáncer: Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cáncer: Colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Otro tipo de cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MANTENIMIENTO DE LA SALUD**Pruebas de la salud de la mujer (fecha más reciente)**

Examen pélvico/PAP	Fecha:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal - Si los resultados del Papanicolaou resultan anormales, ¿qué tratamiento recibió?
Mamograma	Fecha:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Densidad ósea (DEXA)	Fecha:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal

Pruebas de detección (fecha más reciente)

Colonoscopia	Fecha:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Examen de sangre fecal	Fecha:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Examen de la vista	Fecha:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Próstata/Recto	Fecha:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal

INMUNIZACIONES

Influenza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:	Neumonía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:	Tétano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:	Tétano con tos ferina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:
Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:	HPV (virus del papiloma humano)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:	MMR	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:

FARMACIA PREFERIDA

¿En qué farmacia prefiere retirar sus medicamentos?

Nombre de la farmacia:	
Dirección (o calles que la cruzan en caso de desconocer la dirección exacta)	
Ciudad/Estado:	

Firma del Doctor/Clinico: _____ Fecha: _____