

**CUESTIONARIO SALUD**

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

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Medicamentos**

Por favor indique los medicamentos que toma regularmente con o sin receta \_\_\_\_\_

**Alergias**

Por favor indique cualquier alergia a medicamentos, comidas u otras cosas \_\_\_\_\_

**Historial médico**

**Enfermedades/Condiciones**

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes:

|  | Año   |
|--|-------|
| _____ Anemia                                     | _____ |
| _____ Ansiedad                                   | _____ |
| _____ Artritis                                   | _____ |
| _____ Asma                                       | _____ |
| _____ Defectos Congénitos                        | _____ |
| _____ Cancer (Tipo: _____ )                      | _____ |
| _____ Colitis                                    | _____ |
| _____ Conmoción                                  | _____ |
| _____ Depresión                                  | _____ |
| _____ Diabetes                                   | _____ |
| _____ Enfisema                                   | _____ |
| _____ Ataque al corazón / enfermedad del corazón | _____ |
| _____ Presión alta                               | _____ |
| _____ Alto Colesterol                            | _____ |
| _____ Enfermedad del riñon                       | _____ |
| _____ Enfermedad del hígado                      | _____ |
| _____ Azucar baja                                | _____ |
| _____ Prolapso de la válvula mitral/soplo        | _____ |
| _____ Osteoporosis                               | _____ |
| _____ Neumonía                                   | _____ |
| _____ Fiebre reumática                           | _____ |
| _____ Ataque epileptico                          | _____ |
| _____ Enfermedades de transmisión sexual         | _____ |
| _____ Derrame cerebral                           | _____ |
| _____ Enfermedades de la Tiroides                | _____ |
| _____ Tuberculosis                               | _____ |
| _____ Ulcera                                     | _____ |

**Procedimientos Quirúrgicos/Hospitalizaciones**

Año

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

**Lesiones Graves**

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

**Enfermedades de la infancia**

Año

|                       |       |
|-----------------------|-------|
| _____ Viruelas locas  | _____ |
| _____ Sarampión       | _____ |
| _____ Paperas         | _____ |
| _____ La Poliomieltis | _____ |
| _____ Otra            | _____ |

**Historia Ginecológica (mujeres únicamente)**

|  |       |
|--|-------|
| _____ ¿Está embarazada?                    | _____ |
| _____ ¿Está la lactancia materna?          | _____ |
| _____ ¿Último período menstrual?           | _____ |
| _____ ¿Cuántos embarazos ha tenido?        | _____ |
| _____ ¿Cuántos hijos tiene?                | _____ |
| _____ ¿A qué edad empezo a tener períodos? | _____ |

**Historia Familiar**

Tiene algún pariente que ha tenido alguna vez alguna de las siguientes:

|                                      | Relativa (madre, padre, hermana, etc) |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| _____ Problemas de sangrar           | _____                                 |
| _____ Cáncer (tipo _____ )           | _____                                 |
| _____ Convulsiones                   | _____                                 |
| _____ Diabetes                       | _____                                 |
| _____ Ataque al corazón              | _____                                 |
| _____ Enfermedades del Corazón       | _____                                 |
| _____ Presión alta                   | _____                                 |
| _____ Enfermedades mentales/suicidio | _____                                 |
| _____ Ataque epileptico              | _____                                 |
| _____ Derrame cerebral               | _____                                 |
| _____ Otro                           | _____                                 |

|                 | Vivo  | Fallecido               |
|-----------------|-------|-------------------------|
|                 | Edad  | Edad (a muerte) y causa |
| Padre           | _____ | _____                   |
| Madre           | _____ | _____                   |
| Hermano/Hermana | _____ | _____                   |
|                 | _____ | _____                   |
| Esposo/Esposa   | _____ | _____                   |
| Hijo/Hija       | _____ | _____                   |
|                 | _____ | _____                   |
|                 | _____ | _____                   |

Continúa en otro lado

Cuando fue la última vez que ha tenido alguno de los siguientes:

\_\_\_\_\_ Chequeo de Colestero  
 \_\_\_\_\_ Colonoscopia  
 \_\_\_\_\_ Cardiogram  
 \_\_\_\_\_ Vacuna contra la Gripe  
 \_\_\_\_\_ Mamografía

\_\_\_\_\_ Papanicolao  
 \_\_\_\_\_ Examen de la Próstata  
 \_\_\_\_\_ Última vacuna del Tetano  
 \_\_\_\_\_ Prueba de tensión Treadmill

**Historia Social**

|  |                        |                             |
|--|------------------------|-----------------------------|
| ¿Está usted casado?  | <b>Si/No</b>           |                             |
| ¿Tiene niños / personas asu cargo en la casa?                          | <b>Si/No</b>           | ¿Cuantos? _____             |
| ¿Es usted empleado?  | <b>Si/No</b>           | ¿Que tipo de trabajo? _____ |
| ¿Cuál es su nivel más alto de educación?                               |                        |                             |
| ¿Usted fuma o fumado o masticado tobaccco?                             | <b>Si/No</b>           |                             |
| _____ <i>paquets por dia / años</i>                                    | ¿Dejar de fumar? _____ | ¿Cuándo? _____              |
| Usted o ha utilizado alguna vez drogas ilegales?                       | <b>Si/No</b>           | Tipo: _____                 |
| ¿Usted bebe alcohol?   | <b>Si/No</b>           | ¿Cuánto por semana? _____   |
| Ha sido expuesto a alguna sustancia tóxica?                            | <b>Si/No</b>           | ¿Que? _____                 |
| ¿Usted bebe cafeína  | <b>Si/No</b>           | ¿Cuanto? _____              |
| ¿Hace ejercicio regularmente   | <b>Si/No</b>           | ¿Tipo? _____                |
| ¿Usa el cinturón de seguridad?   | <b>Si/No</b>           |                             |
| Utiliza asientos de automóvil para sus hijos si es menor de 60 libras? | <b>Si/No</b>           |                             |
| Tiene usted un testamento vital o las directivas anticipadas?          | <b>Si/No</b>           |                             |

**Examen de los Síntomas**

Por favor, circule cualquiera de los sintomas siguientes que usted experimenta.

- General:** Fatiga, fiebre, desesperanza, insomnio, bochornos, sudores, nocturnos, pobre concentración  
 Reciente pérdida de peso o aumento de peso, Pérdida de interés en actividades usuales
- Piel:** Cambio en la pigmentación, Eczema, colmenas, ictericia, erupciones
- Otorolonga:** Cambio en la visión / audición, Mareo, glándulas grandes, glaucoma, Dolores de cabeza  
 La pérdida de audición, rigidez en el cuello, sangra la nariz o los senos, problemas de oído crónicas
- Respiratorio:** Asma, Dificultad para respirar, frecuentes resfriados / Falta de respiracion.  
 Escupes sangre
- Cardiaca:** Angina, Dolor en el pecho, dificultad para caminar 2 cuadras, soplo cardiaco, alta Presión  
 Palpitaciones Hinchazón de manos / pies
- Gastrointestinales:** Dolor abdominal / cólicos, de sangre oscura o heces Cambio en los hábitos intestinales frecuentes la diarrea  
 Frecuentes indigestión, acidez, gas, hinchazón Hemorroides, Hepatitis, Vómitos de sangre
- Genitourinario:** Dificultad para orinar, orina con frecuencia, Pérdida de control de la vejiga, insatisfactoria vida sexual
- Musculoesqueléticos:** Común de dolor o hinchazón, dificultad para caminar, calambres musculares o debilidad de las venas varicosas
- Neuropsiquiátricos:** Tratamiento para la depresión, atención siquiátrica, Desmayos parálisis, convulsiones
- Hematológicas:** Moretones faciles, sangrado excesivo después de herida, sanación lenta después de una cortada