

Cuestionario Para Pacientes Adultos

NOMBRE: _____

Fecha de Nac.: _____ ¿NECESITA INTÉRPRETE?
 NO SÍ, _____

a. Medicamentos/Alergias

Indique todas las alergias y reacciones que tiene: NINGUNA

Indique todos los medicamentos que toma actualmente: NINGUNO

Medicamento:	Dosis:	Frecuencia:	5.		
1.			6.		
2.			7.		
3.			8.		
4.			9.		

b. Vacunaciones (fechas aproximadas)

¿Tiene su registro de vacunas? NO SÍ

Última vacuna del Flu: _____ NUNCA Última vacuna de Neumonía: _____ NUNCA Última vacuna del Tétano:
 NUNCA

c. PHQ2

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

1. Poco interés o placer en hacer cosas Nada Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días
 2. Se ha sentido deprimido/a o desesperado/a Nada Varios días Más de la mitad de los días
 Casi todos los días

d. Salud Ginecológica (sólo para mujeres)

¿Cuándo fue el primer día de su último periodo de menstruación? _____

¿Está embarazada actualmente? NO SÍ ¿Está dando pecho actualmente? NO SÍ

¿Cuántos embarazos ha tenido anteriormente? _____

¿Cuántos de sus embarazos han sido: Cesárea _____ Parto Vaginal _____ Aborto Espontáneo _____ Aborto _____

e. Historial de Salud

¿Alguna vez ha tenido o está siendo tratado/a por alguna de las siguientes condiciones crónicas?

- | | | | | | | | | |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Alergias/Fiebre del | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | COPD (Enfisema) | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | Ataque al Corazón | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ |
| Heno | | | | | | | | |
| Anemia | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ |
| Angina de Pecho | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | Depresión | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | Problemas Urinarios | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ |
| Ansiedad | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | Diabetes | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | Ataques Epilépticos | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ |
| Artritis | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | Ataque de Apoplejía | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ |
| Asma | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | Enfermedad a la vesícula | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | Mal de la Tiroides | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ |
| Coágulos de Sangre | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | GERD (Reflujo, Acidez) | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | Próstata Dilatada | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | Migrañas | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | Impotencia | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ |
| Cáncer de Mama | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | Hepatitis | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | Trastornos Hemorrágicos | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ |
| Cáncer Ginecológico | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | VIH | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ |
| Cáncer del Colón | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | Presión Alta | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | Reemplazo de Articulaciones | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ |

Indique todas las operaciones que ha tenido: NINGUNA

f. Mantenimiento de Salud

Último Colesterol: _____

Último Papanicolaou: _____

Última Densidad Ósea: _____

Última Mamografía: _____

Último Chequeo para Cáncer del Colón: _____ Colonoscopia Sigmoidoscopia Tarjeta de prueba de heces

g. Historial Familiar (sólo indique si padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades)

Alcoholismo/Adicción a Drogas NO SÍ _____ Colesterol Alto NO SÍ _____

Asma NO SÍ _____ Enfermedad Mental NO SÍ _____

Cáncer NO SÍ _____ Apoplejía NO SÍ _____

Enfermedad Cardíaca NO SÍ _____ Abuso de Drogas NO SÍ _____

Diabetes NO SÍ _____ Coágulos Sanguíneos NO SÍ _____

Otro NO SÍ _____

h. Historial Social

¿Fuma/usa cigarrillos electrónicos/otro tabaco? NO SÍ ANTES Tipo: _____ Cantidad Diaria: _____

¿Bebe alcohol? NO SÍ CERVEZA VINO ALCOHOL FUERTE Cantidad Diaria _____

¿Bebe cafeína? NO SÍ CAFÉ TÉ SODA TABLETAS OTRO Cantidad Diaria: _____

País de Nacimiento: _____ No. de Niños: _____

Ocupación: _____ Jubilado Desempleado

Riesgos del oficio en su lugar de empleo:

Asbesto Productos Químicos Ruido Excesivo Gases potencialmente tóxicos Otro: _____

Nivel de Estudios Completados/Título: _____

¿Hijos? _____ No. de Hijos Varones: _____ No. de Hijas Mujeres: _____

¿Cómo describiría su nivel de actividad? SEDENTARIO MODERADO VIGOROSO

¿Miembro de un gimnasio? AHORA ANTES NUNCA

Tipo de ejercicio: _____ ¿Frecuencia/horas por semana de ejercicio? _____

¿Tiene armas de fuego en el hogar? NO SÍ

¿Usa alguna otra droga? NO SÍ ANTES Tipo/Frecuencia/Cantidad: _____

¿Sus relaciones de pareja son con HOMBRES MUJERES AMBOS

¿Tiene Directrices Anticipadas y/o un Testamento Vital en efecto? NO SÍ

i. Salud Dental

¿Se cepilla los dientes? NO SÍ ¿Se limpia los dientes con seda dental? NO SÍ

¿Tiene un dentista? NO SÍ Fecha de su última visita al dentista: _____

Muchas gracias por tomarse el tiempo y contarnos de su salud.

