



Imprimir formulario

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES DE SALUD

Las respuestas que brinde en este formulario ayudarán a su proveedor de atención médica a comprender mejor sus inquietudes médicas y sus afecciones. Si no se siente cómodo con alguna pregunta, no la responda. Si no puede recordar detalles específicos, brinde una respuesta aproximada. Agregue cualquier aclaración que considere importante. **TODAS LAS PREGUNTAS INCLUIDAS EN ESTE CUESTIONARIO SON OPCIONALES Y SE MANTENDRÁN EN ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD.**

Principal motivo de la visita de hoy: _____

Otras inquietudes: _____

ALERGIAS

Enumere todo aquello a lo que sea alérgico (medicamentos, alimentos, picaduras de abeja, etc.) y cómo le afecta en cada caso.

ALERGIA	REACCION
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

FARMACIA FAVORITA

MEDICAMENTOS

Enumere todos los medicamentos que esté tomando. Incluya los medicamentos que requieren receta médica y los de venta sin receta médica, como vitaminas e inhaladores.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CONCENTRACIÓN	CON QUÉ FRECUENCIA LO TOMA
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____
9. _____	_____	_____
10. _____	_____	_____

ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

Vacunas y fecha más reciente:

<input type="checkbox"/> Varicela	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Meningococo	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Antigripal	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> MMR (<i>sarampión, paperas y rubéola</i>)	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Gardasil/HPV	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Neumonía	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Tdap (<i>tétanos y tos ferina</i>)	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Tétanos	Fecha: _____
		<input type="checkbox"/> Zostavax (<i>herpes zóster</i>)	Fecha: _____

(MUJERES SOLAMENTE) ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS Y GINECOLÓGICOS

Último examen de Papanicolaou	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Sangrado entre períodos
Última mamografía	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Hipermenorrea (menstruación excesiva)
Edad en el primer período menstrual:			<input type="checkbox"/> Dolor menstrual intenso
Fecha del último período menstrual o edad de menopausia: _____			<input type="checkbox"/> Picazón, ardor o secreción vaginal
			<input type="checkbox"/> Se despierta de noche para ir al baño

Cant. de embarazos: _____ nacimientos: _____
abortos espontáneos: _____ abortos provocados: _____
■ Cesáreas Si corresponde, cantidad: _____

- Sofocoques
 - Bulto en el seno o secreción del pezón
 - Relaciones sexuales con dolor
 - Sexualmente activa
- Su pareja sexual actual es ■ Mujer ■ Hombre
Usa preservativo ■ Sí ■ No
Otro método de anticoncepción utilizado: _____
.Interesada en hacerse examen de detección de ETS

Imprimir formulario

ANTECEDENTES MÉDICOS PASADOS

Marque todas las opciones que correspondan:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Cálculos renales |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Úlceras en las piernas/los pies |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Tiene marcapasos | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre (o DVT) | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Poliomieltis |
| <input type="checkbox"/> Arteriopatía coronaria | <input type="checkbox"/> Hernia hiatal o reflujo gástrico | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Claustrofobia | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA | <input type="checkbox"/> Reflujo o úlceras |
| <input type="checkbox"/> Diabetes - Insulinodependiente | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Diabetes - No insulinodependiente | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Tiroides hiperactiva | <input type="checkbox"/> Otro |

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS PASADOS

CIRUGÍA	MOTIVO	AÑO	HOSPITAL
1.			
2.			
3.			
4.			

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

RELACION	¿VIVE?	EDAD	PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICATIVOS
Abuela (por parte de madre)	S/N		<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Derrame cerebral
Abuela (por parte de madre)	S/N		<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Derrame cerebral
Abuela (por parte de madre)	S/N		<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Derrame cerebral
Abuela (por parte de madre)	S/N		<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Derrame cerebral
Padre	S/N		<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Derrame cerebral
Madre	S/N		<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Derrame cerebral
Hermano/a	S/N		<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Derrame cerebral
Hermano/a	S/N		<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Derrame cerebral
Otra:	S/N		<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Derrame cerebral

ANTECEDENTES SOCIALES

Educación	<input type="checkbox"/> Menos de 8.º grado	Cafeína	<input type="checkbox"/> Nada	Si en este momento no consume, ¿alguna vez consumió tabaco?
<input type="checkbox"/> Escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Carrera universitaria de 4 años	Ocasional	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Carrera universitaria de 2 años			<input type="checkbox"/> Abundante	<input type="checkbox"/> Cigarrillos paq./día
<input type="checkbox"/> Posgrado			Cant. de tazas/latas por día	<input type="checkbox"/> Para mascar /día
Estado civil	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a	Alcohol	¿Consume alcohol?	<input type="checkbox"/> Cigarros /día
<input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cant. de años
<input type="checkbox"/> Pareja de hecho			En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?	O año en que dejó
			<input type="checkbox"/> < 3 veces por semana	Drogas ¿Consume actualmente drogas recreativas o ilegales?
Nivel de ejercicio	<input type="checkbox"/> Ninguno (no hace ejercicio)	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	¿Cuántos tragos por semana? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Ejercicio ocasional		<input type="checkbox"/> > 3 veces por semana	¿Consume tabaco?	En caso afirmativo, enumere cuáles:
		<input type="checkbox"/> Ejercicio moderado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Alto nivel de ejercicio		
		Consumo de tabaco		

Imprimir formulario

REVISIÓN DE SISTEMAS

<p>Marque todas las opciones que correspondan:</p> <p>Alérgico/inmunológico</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Estornudos frecuentes ■ Urticaria ■ Picazón ■ Goteo nasal ■ Presión sinusal <p>Cardiovascular</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dolor en el brazo al hacer esfuerzo ■ Dolor en el pecho al hacer esfuerzo ■ Opresión/presión en el pecho al hacer esfuerzo ■ Ritmo cardíaco irregular (palpitaciones) ■ Soplo cardíaco conocido ■ Mareos en posición de pie ■ Dificultad para respirar en decúbito ■ Dificultad para respirar al caminar ■ Hinchazón (edema) <p>Complexión</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Intolerancia al ejercicio ■ Cansancio ■ Fiebre ■ Aumento de peso (___libras) ■ Pérdida de peso (___libras) <p>Ojos</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ojos secos ■ Irritación ■ Cambios en la visión ■ Fecha del último examen: 	<p>Boca, nariz, garganta y oído</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sangrado de las encías ■ Dificultad para escuchar ■ Mareos ■ Sequedad en la boca ■ Dolor de oído ■ Infecciones frecuentes ■ Hemorragias nasales frecuentes ■ Ronquera ■ Respiración por la boca ■ Úlceras en la boca ■ Problemas nasales/de los senos paranasales ■ Zumbido en los oídos <p>Endocrino</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cansancio ■ Polidipsia/polifagia/polaquiuria <p>Gastrointestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dolor abdominal ■ Heces negras o alquitranadas ■ Sangre en las heces ■ Cambios en el apetito ■ Indigestión frecuente ■ Hemorroides ■ Dificultad para tragar ■ Vómitos ■ Vómitos con sangre 	<p>Genitourinario</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sangre en la orina ■ Dificultad para orinar ■ No vacía la vejiga por completo ■ Polaquiuria (aumento de la frecuencia miccional) ■ Incontinencia urinaria <p>Sanguíneo/linfático</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Formación de moretones/sangrado con facilidad ■ Hinchazón de los ganglios linfáticos <p>Integumentario (piel)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cambios en lunares ■ Sequedad de la piel ■ Eczema ■ Crecimientos/lesiones ■ Picazón ■ Ictericia (coloración amarilla de la piel/los ojos) ■ Sarpullido <p>Musculoesquelético</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dolor de espalda ■ Dolor articular ■ Dolores musculares ■ Debilidad muscular 	<p>Neurológico</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Mareos ■ Desmayos ■ Dolores de cabeza ■ Pérdida de la memoria ■ Migraña ■ Insensibilidad ■ Piernas inquietas ■ Convulsiones ■ Debilidad <p>Psiquiátrico</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Consumo excesivo de alcohol ■ Ansiedad/estrés ■ Depresión ■ No se siente seguro/a en las relaciones ■ Obsesión ■ Problemas para dormir <p>Respiratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Tos ■ Tos con sangre ■ Dificultad para respirar ■ Apnea del sueño ■ Ronquidos ■ Sibilancia
---	--	--	---

Agregue aquí cualquier otra información sobre su salud que quiera que conozca su proveedor:

Firma del padre, tutor o cuidador

Fecha