



**QUESTIONARIO DE SALUD MEDICA**

Favor de contestar las preguntas lo mejor que pueda. La información que dé en este historial le ayudara a su médico atender los problemas o enfermedades que Ud. tenga. Agregue cualquier comentario que usted crea importante.

**TODAS LAS RESPUESTAS A ESTE CUESTIONARIO SERAN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES.**

Nombre(s): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (mes/día/año): \_\_\_\_\_

Motivo principal de su cita: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES SOCIALES - Favor de contestar todas las preguntas**

¿A qué se dedica?:	¿Mastica tabaco?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Cuál es su nivel de estudios?:	¿Consume drogas?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Clase:
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre	Número de personas con quien ha tenido relaciones sexuales en el último año:
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual	¿Alguna vez ha fumado?: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Sí, pero ya no fumo <input type="checkbox"/> Sí, actualmente fumo
¿Cuántas bebidas alcohólicas consume a la semana?	¿Cuántos cigarros fuma en el lapso de un día? ¿Por cuántos años ha fumado?
¿Tiene instrucciones médicas por adelantado (un plan de los cuidados terminales)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé ¿Quisiera recibir información sobre cómo hacerlas? <input type="checkbox"/> Sí	¿Alguien con quien vive fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Favor de contestar todas las preguntas. Si ninguno aplica, ponga una "X" en la casilla que dice ' Ninguno'**

**MEDICAMENTOS ACTUALES - Por favor anote TODOS los medicamentos que está tomando actualmente. También incluya los medicamentos que son naturales, herbales y los que tome sin receta.  Ninguno**

1.
2.
3.
4.
5.
6.

**ALERGIA A LOS MEDICAMENTOS - Anote todos los medicamentos a los que sea alérgico y la clase de reacción alérgica que tiene.  Ninguno**

1.
2.

**ANTECEDENTES CLÍNICOS - Ponga una "X" si ha padecido de alguno de los siguientes síntomas o enfermedades.**

Ninguno

<input type="checkbox"/> Alergias estacionales- con el cambio del clima (Seasonal Allergies)	<input type="checkbox"/> Problemas del oído o de la audición (ear or hearing problems)	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Fibromialgia(Fibromyalgia)	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide (rheumatoid arthritis)
<input type="checkbox"/> Problemas de ansiedad (anxiety disorder)	<input type="checkbox"/> Gota (gout)	<input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia (seizures/epilepsy)
<input type="checkbox"/> Artritis(arthritis)	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza o Migrañas (headaches/migraines)	<input type="checkbox"/> Problemas sexuales (sexual problems)
<input type="checkbox"/> Asma(asthma)	<input type="checkbox"/> Infarto de miocardio (heart attack)	<input type="checkbox"/> Dificultad al respirar (shortness of breath)
<input type="checkbox"/> Problema bipolar (bipolar disorder)	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón (heart disease)	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme (sickle cell disease)
<input type="checkbox"/> Defecto Congénito o Enfermedad Hereditaria (birth defects/inherited disease)	<input type="checkbox"/> Soplo cardiaco (heart murmur)	<input type="checkbox"/> Problemas de la piel (skin problems)
<input type="checkbox"/> Problemas hemorrágicos (bleeding disorder)	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral (stroke)
<input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos (blood clots)	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta (high blood pressure)	<input type="checkbox"/> ¿Ha pensado en hacerse daño a sí mismo, u otros? (thoughts of hurting yourself/others)
<input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre (blood transfusion)	<input type="checkbox"/> Colesterol alto (high cholesterol)	<input type="checkbox"/> Problemas con las tiroides (thyroid problems)
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón (kidney disease)	<input type="checkbox"/> Accidente o lesiones traumáticos (traumatic accident or injury)
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho (chest pain)	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado (liver disease)	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Estreñimiento (constipation)	<input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria o el conocimiento Loss of memory/consciousness	<input type="checkbox"/> Úlcera u Otros problemas gastrointestinales (ulcer or other GI problems)
<input type="checkbox"/> Depresión (depression)	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar o Neumonía Lung disease/pneumonia)	<input type="checkbox"/> Problemas urinarios (urinary problems)
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple (multiple sclerosis)	<input type="checkbox"/> Problemas del ojo o con la visión(vision or eye problems)
Si marco algún antecedente clínico por favor explique:		

**PRUEBAS DE SALUD - Por favor ponga una "X" en la casilla si ha realizado alguna de las siguientes pruebas recientemente. Ponga la fecha de la prueba, y si los resultados fueron normales o anormales**

Ninguno

Tipo de Prueba	Mes/Año	Resultados Normales o Anormales
Prueba para detectar el cáncer del colon (identifique qué clase de prueba fue) (colon cancer test)		
Mamografía (mammogram)		
Papanicolaou (PAP smear)		

Favor de contestar todas las preguntas. Si ninguno aplica, ponga una "X" en la casilla que dice ' Ninguno'

**PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA** - Anote todos los médicos, clínicas y hospitales que ha visitado en los últimos 3 años. Si usted tiene la información, por favor proporcione la dirección, el número de teléfono y el número de fax para cada uno  Ninguno

Nombre de la clínica, el hospital o el médico	Dirección	Número de teléfono	Número de fax

**OTRAS HOSPITALIZACIONES**

Ninguno

Mes/Año	Motivo/Enfermedad

**PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS**

Ninguno

Mes/Año	Cirugía

**ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Y DE EMBARAZO**

Ninguno

¿Está embarazada?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántas veces ha estado embarazada?: ¿Cuántos hijos le sobreviven?
¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primera menstruación?	Ponga la fecha de su última menstruación (mes/día/año):
¿Anticonceptivo que usa actualmente?	Si es posmenopáusica, ¿cuántos años tenía cuando empezó la menopausia?

**ANTECEDENTES FAMILIARES - A continuación, por favor identifique las condiciones que han padecido los miembros de su familia.**

Ninguno

	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Abuela materna	Abuelo materno	Abuela paterna	Abuelo paterno
Abuso de alcohol o drogas (alcohol/substance abuse)								
Asma (Asthma)								
Problemas hemorrágicos (Bleeding)								
Cáncer								
Demencia/Alzheimer								
Diabetes								
Convulsiones o Epilepsia (Epilepsy/seizure)								
Dolores de cabeza o migrañas (Headaches/migraines)								
Problemas del corazón (heart problems)								
Colesterol alto (high cholesterol)								
Presión arterial alta (high blood pressure)								
Problemas inmunológicos (immunity problems)								
Enfermedad del riñón (kidney problems)								
Enfermedad del hígado (liver problems)								
Problemas neurológicos (Neurological problems)								
Osteoporosis								
Problemas psiquiátricos (psychiatric problems)								
Artritis reumatoide (rheumatoid arthritis)								
Derrame cerebral (stroke)								
Problemas con la tiroides (thyroid problems)								

***La información sobre mis antecedentes médicos es correcta. Le informaré a CommunityHealth de cualquier cambio según suceda.***

Firma del paciente

Fecha de hoy (mes/día/año)