



Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

CUESTIONARIO MÉDICO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:			
Apellido:	Nombre:	Fec. de nac.:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	CP:
Tel. de casa:	Tel. celular:		
Correo electrónico:	Sexo:	Religión:	
Empleador:	Ocupación:	Tel. del trabajo:	
Idioma principal:	Origen étnico:	Raza:	
INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:			
Nombre:	Relación:	Teléfono:	
¿Podemos dejar un mensaje en el teléfono de casa o celular con los resultados de las pruebas? CASA: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO CEL.: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿Podemos hablar con un miembro de su familia sobre su atención y los resultados de las pruebas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
En caso afirmativo, indique el (los) nombre(s): _____			
SEGURO PRIMARIO:			
TITULAR DE LA PÓLIZA:			
Apellido:	Nombre:	Fec. de nac.:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	CP:
Relación con el paciente:	Número de Seguro Social:		
Empleador:	Número de teléfono del empleador:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	CP:
Nombre del seguro:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	CP:
N.º de ID del seguro:	N.º de grupo:		
SEGURO SECUNDARIO:			
TITULAR DE LA PÓLIZA			
Apellido:	Nombre:	Fec. de nac.:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	CP:
Relación con el paciente:	Número de Seguro Social:		
Empleador:	Número de teléfono del empleador:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	CP:
Nombre del seguro:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	CP:
N.º de ID del seguro:	N.º de grupo:		

Firma del médico: _____ Fecha: _____ Hora: _____



Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono: _____

Médico remitente: _____ Teléfono: _____

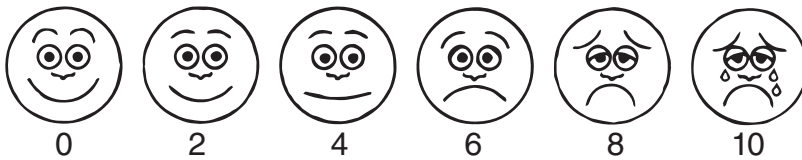
¿Tiene un testamento vital o directiva anticipada? SÍ NO

En caso afirmativo, envíenos una copia para archivarla en su expediente médico.

En caso negativo, ¿le gustaría recibir esta información? SÍ NO

RAZÓN DE LA CONSULTA: _____ **Fecha de la lesión (si es pertinente):** _____

Indique sus preocupaciones, problemas o síntomas actuales de salud: _____



¿Siente dolor? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿qué nivel?? _____

¿Dónde? _____

ALERGIAS o intolerancia a medicamentos (incluir tipo de reacción): _____

NINGUNO

NOMBRE DEL MEDICAMENTO INCLUYA -VITAMINAS-HERBALES Y S/ RECETA <input type="checkbox"/> MARQUE LA CASILLA SI NO TOMA MEDICAMENTOS	DOSIS mg/unids. asp./gtas.	FRECUENCIA ¿Cuántas veces al día? ¿mañana o noche? ¿después de las comidas?	¿NECESITA RESURTIR?

Farmacia: _____ Ubicación: _____ Teléfono: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____ Hora: _____



Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

VACUNAS:

Verifique si le han administrado las siguientes e incluya la fecha (si se conoce):

- Tétano _____ Gripe _____ Neumonía _____
 Hepatitis A _____ Hepatitis B _____ Herpes zóster _____
 PPD positiva o Mantoux (prueba cutánea de tuberculosis) _____

ANTECEDENTES MÉDICOS: VERIFIQUE SI ALGUNA VEZ HA TENIDO LO SIGUIENTE:

	NO	SÍ		NO	SÍ		NO	SÍ
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de nervios/músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ERGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiperlipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de coagulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras (GI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deficiencia de vitamina D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Alguna vez lo han operado? SÍ NO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: VERIFIQUE SI ALGUNA VEZ HA TENIDO LO SIGUIENTE:

	NO	SÍ		NO	SÍ		NO	SÍ
Apendectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cesárea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía del intestino delgado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía de la columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía mamaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía por fractura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amigdalectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IBAC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reparación de hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ligadura de trompas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colecistectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Histerectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reemplazo de válvula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía de colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reemplazo de articulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vasectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía cosmética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía de la próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTORIA FAMILIAR:	EDAD SI VIVE	EDAD AL MORIR	PROBLEMAS DE SALUD O CAUSA DE MUERTE
MADRE:			
PADRE:			
HERMANOS:			
HERMANAS:			
HIJOS:			

Firma del médico: _____ Fecha: _____ Hora: _____



Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

ANTECEDENTES SOCIALES:

Tabaco: ¿Cuál es su estado actual de fumador? FUMADOR ACTUAL EXFUMADOR NUNCA HA FUMADO

Si actualmente es fumador, ¿cuántos fuma por día? _____

Si fue fumador, ¿cuándo lo dejó? ____ / ____ / ____

Alcohol: ¿Bebe vino, cerveza o licor? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas por semana? _____

Drogas: ¿Actualmente usa drogas recreativas? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿qué tipos? _____

¿Con qué frecuencia por semana? _____

Actividad sexual: ¿Es sexualmente activo? SÍ NO ACTUALMENTE NO

Sus parejas sexuales son: MASCULINAS FEMENINAS AMBOS

¿Qué formas de control de natalidad o protección está usando? _____

MANTENIMIENTO DE LA SALUD: Indique a continuación las fechas de los servicios preventivos más recientes que ha recibido

<u>Prueba</u>	<u>Fecha de la última prueba</u>	<u>Nunca realizada</u>
Colonoscopia	_____	<input type="checkbox"/>
Densitometría ósea	_____	<input type="checkbox"/>
Examen de la vista (Oftalmología)	_____	<input type="checkbox"/>
Hemoglobina A1C (prueba de sangre)	_____	<input type="checkbox"/>
Muestra de orina	_____	<input type="checkbox"/>
Prueba de Papanicolaou	_____	<input type="checkbox"/>
Mamografía	_____	<input type="checkbox"/>

EVALUACIÓN DE OTOÑO:

¿Sufrió alguna caída durante el año pasado? SÍ NO NO, NO SOY AMBULATORIO

En caso afirmativo, ¿cuál es el número de caídas que sufrió el año pasado? _____

¿Hubo una lesión con la caída? SÍ NO

EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE APRENDIZAJE:

¿Quién es el aprendiz principal? YO FAMILIA PAREJA CUIDADOR

¿El aprendiz principal tiene dificultades del aprendizaje? SÍ NO

En caso afirmativo, seleccione todas las dificultades que correspondan: LECTURA LENGUAJE VISUALAUDICIÓN FÍSICA

EMOCIONAL COGNITIVA FINANCIERA ESPIRITUAL CULTURAL OTRA

¿Cuál es el idioma preferido del aprendiz principal? _____

¿Cómo prefiere aprender nuevos conceptos el aprendiz principal? ESCUCHANDO LEYENDO DEMOSTRACIÓN

FOTOS/VIDEO

Firma del médico: _____ Fecha: _____ Hora: _____



Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

ANTECEDENTES DE SALUD DE MUJERES (si corresponde):

Número total de embarazos: _____ Número de nacimientos: _____

Fecha del último período menstrual, si todavía está menstruando: _____

Edad de su primer período (menstruación): _____

Edad de cesación de sus períodos (menopausia): _____

Fecha de la última mamografía: _____ ¿Anormal? SÍ NO

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____ ¿Anormal? SÍ NO

Fecha de la última densidad ósea: _____ ¿Anormal? SÍ NO

¿Alguna vez ha usado píldoras anticonceptivas? SÍ NO En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo? _____

¿Alguna vez ha tomado terapia de reemplazo hormonal? SÍ NO En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo? _____

¿Alguna vez le proporcionaron medicamentos para la fertilidad? SÍ NO En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo? _____

¿Alguna vez ha usado tamoxifeno o raloxifeno o medicamentos similares? SÍ NO En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo? _____

¿Sus antepasados tienen ascendencia Asquenazí? SÍ NO

REVISIÓN DE SISTEMAS: Por favor, indique cualquier antecedente personal a continuación

CONSTITUCIÓN:

NO

SÍ

Cambio de actividad NO SÍ

Cambio en el apetito NO SÍ

Escalofríos NO SÍ

Aumento de la sudoración NO SÍ

Fatiga NO SÍ

Fiebre NO SÍ

Peso inesperado NO SÍ

OJOS:

NO

SÍ

Secreción ocular NO SÍ

Picazón ocular NO SÍ

Dolor ocular NO SÍ

Enrojecimiento ocular NO SÍ

Sensibilidad a la luz NO SÍ

Trastornos visuales NO SÍ

CABEZA/OÍDOS/NARIZ/GARGANTA:

Congestión NO SÍ

Problemas dentales NO SÍ

Babeo NO SÍ

Secreción ótica NO SÍ

Dolor de oído NO SÍ

Hinchazón facial NO SÍ

Pérdida de la audición NO SÍ

Úlceras orales NO SÍ

Hemorragias nasales NO SÍ

Goteo postnasal NO SÍ

Rinorrea NO SÍ

Presión de los senos paranasales NO SÍ

Estornudos NO SÍ

Dolor de garganta NO SÍ

Tinnitus NO SÍ

Dificultad al tragar NO SÍ

Cambio de voz NO SÍ

RESPIRATORIO:

Apnea NO SÍ

Presión en el pecho NO SÍ

Asfixia NO SÍ

Tos NO SÍ

Dificultad para respirar NO SÍ

Estridor NO SÍ

Sibilancia NO SÍ

CARDIOVASCULAR:

Dolor de pecho NO SÍ

Hinchazón en las piernas NO SÍ

Palpitaciones NO SÍ

Firma del médico: _____ Fecha: _____ Hora: _____



Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS (continuación): Por favor, indique cualquier antecedente personal a continuación

GASTROINTESTINAL:	NO	SÍ	PIEL:	NO	SÍ
Distensión abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambio de color	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarpullido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangre en las heces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALÉRGICO/INMUNO:		
Náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias ambientales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias alimentarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inmunocomprometido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENDOCRINO:			NEUROLÓGICO:		
Intolerancia al frío o al calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de la sed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asimetría facial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento del hambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareo leve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GENITOURINARIO:			Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad del habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de control de la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEMATOLÓGICO y LINFÁTICO:		
Secreción del pene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ganglios linfáticos inflamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en el pene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moretones/sangra fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón del pene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Inflamación escrotal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PSIQUIÁTRICO:		
Dolor testicular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urgencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema conductual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminución de la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MÚSCULO:			Disminución de la concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estado de ánimo inquieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alucinaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de la marcha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflamación o dolor articular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo/ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autolesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor o rigidez en el cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteración del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Suicida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del médico: _____ Fecha: _____ Hora: _____