

## Historial de salud de Pacientes Nuevos

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y pasarán a formar parte de su expediente médico.

<b>Nombre</b> (Apellido, Nombre, Inicial segundo nombre):		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Médico anterior o remitente:</b>		<b>Fecha del último examen físico:</b>	
<b>Título del trabajo:</b>			
<b>Nombre de la farmacia:</b>		<b>Número de teléfono de la farmacia:</b>	

HISTORIAL DE SALUD PERSONAL			
<b>Enfermedades infantiles:</b> <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Poliomiéлитis			
<b>Vacunas y fechas:</b>	<input type="checkbox"/> Tétanos	<input type="checkbox"/> Neumonía	
	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Varicela	
	<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> Vacuna triple vírica <i>Sarampión, Paperas, Rubéola</i>	
<b>Exámenes de salud</b>	<b>Fecha</b>		
<input type="checkbox"/> Colonoscopia			
<input type="checkbox"/> Prueba de TET/heces			
<input type="checkbox"/> Mamografía			
<input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou			
Cirugías			
Año	Razón	Hospital	
Otras hospitalizaciones			
Año	Razón	Hospital	
<b>¿Alguna vez has recibido una transfusión de sangre?</b>			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Escriba el nombre completo aquí para firmar electrónicamente

<b>Nombre del paciente:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
-----------------------------	-----------------------------

**Haz una lista de los medicamentos recetados y de venta libre, como vitaminas, inhaladores, suplementos herbales**

Nombre del medicamento	Dosis/Cantidad	Frecuencia tomada

**Alergias a medicamentos/estacionales/ambientales o no aplicable**

Nombre la alérgia	Reacción alérgica que tuviste

**INFORMACIÓN SOBRE EL ESTILO DE VIDA Y LA RESIDENCIA**

<b>Persona de apoyo:</b>	Persona de apoyo #1:	
	Persona de apoyo #2:	
	Persona de apoyo#3:	
<b>Religión:</b>		
<b>¿Has viajado fuera de la zona?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿dónde?
<b>Educación (grado más alto completado):</b>		
<b>Estado de la vivienda:</b>	<input type="checkbox"/> No es una persona sin hogar <input type="checkbox"/> Duplicación <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Vivir en la calle <input type="checkbox"/> Provisional	
<b>¿Tiene?</b>	<input type="checkbox"/> Detectores de humo <input type="checkbox"/> Armas de fuego en el hogar	
<b>¿Alguna vez ha sido víctima de abuso o violencia doméstica?</b>	<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>	
<b>¿Te sientes seguro en casa?</b>	<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>	<b>¿Vives solo?</b> <input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>

*Escriba el nombre completo aquí para firmar electrónicamente*

<b>Nombre del paciente:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
-----------------------------	-----------------------------

**HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL**

TODAS LAS PREGUNTAS CONTENIDAS EN ESTE CUESTIONARIO SON OPCIONALES Y SE MANTENDRÁN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES.

<b>Ejercicio</b>	<input type="checkbox"/> Sedentario (sin ejercicio)								
	<input type="checkbox"/> Ejercicio leve (es decir, subir escaleras, caminar 3 cuadras, jugar al golf)								
	<input type="checkbox"/> Ejercicio vigoroso ocasional (es decir, trabajo o recreación, menos de 4 veces por semana durante 30 minutos)								
	<input type="checkbox"/> Ejercicio vigoroso regular (es decir, trabajo o recreación 4 veces a la semana durante 30 minutos)								
<b>Dieta</b>	¿Estás a dieta?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No				
	En caso afirmativo, ¿sigue una dieta médica prescrita por un médico?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No				
	¿Cuántas comidas comes en un día promedio?								
	Rango de ingesta de sal	<input type="checkbox"/> Mucha	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Poca					
	Clasificar la ingesta de grasas	<input type="checkbox"/> Mucha	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Poca					
<b>Cafeína</b>	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Café	<input type="checkbox"/> Té	<input type="checkbox"/> Cola					
	¿Número de tazas/latas por día?								
<b>Alcohol</b>	¿Consumes alcohol?			<input type="checkbox"/> RaRaramente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Socialmente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	En caso afirmativo, ¿de qué tipo?								
	¿Cuántos consumes por semana?								
	¿Te preocupa la cantidad que consumes?					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
	¿Has pensado en parar?					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
	¿Alguna vez has experimentado demayos?					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
	¿Eres propenso a tomar en exceso?					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
	¿Conduces después de consumir alcohol?					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
<b>Tabaco</b>	¿Fumas tabaco?			<input type="checkbox"/> RaRaramente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Socialmente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Cigarrillos: paquetes al día		<input type="checkbox"/> Tabaco de mascar- # al día		<input type="checkbox"/> Pipa- # al día		<input type="checkbox"/> Cigarros- # al día		
	<input type="checkbox"/> # de años		<input type="checkbox"/> O año en que dejó de fumar						
<b>Drogas</b>	¿Consumes actualmente drogas recreativas o callejeras?					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
	¿Alguna vez te has usado drogas callejeras con una aguja?					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
<b>Relaciones Sexuales</b>	¿Eres sexualmente activo?					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
	En caso afirmativo, ¿está tratando de quedar embarazada?					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
	Si no está tratando de lograr un embarazo, enumere el método anticonceptivo o de barrera utilizado:								
	¿Alguna molestia con las relaciones sexuales?					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Las enfermedades relacionadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), como el SIDA, se han convertido en un importante problema de salud pública. Los factores de riesgo de esta enfermedad incluyen el uso de drogas intravenosas y las relaciones sexuales sin protección. ¿Le gustaría hablar con su proveedor sobre su riesgo de padecer esta enfermedad?					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
<b>Seguridad Personal</b>	¿Vives solo?					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
	¿Tiene caídas frecuentes?					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
	¿Tiene pérdida de visión o audición?					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
	¿Tiene una directiva anticipada o un testamento?					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
	En caso afirmativo, ¿podemos tener una copia?					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
	El abuso físico y/o mental también se ha convertido en un importante problema de salud pública en este país. Esto a menudo toma la forma de un comportamiento verbalmente amenazante, abuso físico o abuso sexual. ¿Le gustaría discutir este tema con su proveedor?					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		

Escriba el nombre completo aquí para firmar electrónicamente

<b>Nombre del paciente:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
-----------------------------	-----------------------------

**CUESTIONARIO DE VISIÓN**

TODAS LAS PREGUNTAS CONTENIDAS EN ESTE CUESTIONARIO SON OPCIONALES Y SE MANTENDRÁN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES.

¿Usas lentes de contacto actualmente?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene actualmente lentes con prescripción?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Enumere cualquier trastorno ocular que le hayan diagnosticado	

**ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD RELEVANTES**

SIN ANTECEDENTES FAMILIARES RELEVANTES

ADOPTIVO

	MADRE	PADRE	HERMANO	HERMANA	ABUELA MATERNA	ABUELO MATERNO	ABUELA PATERNA	ABUELO PATERNO	TÍAS/ TÍOS
CÁNCER									
DIABETES									
PRESIÓN ALTA									
INFARTO									
ENFERMEDAD CARDÍACA									
COÁGULOS DE SANGRE/ TVP									
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR									
ENFERMEDAD MENTAL									
ADICCIÓN A LAS DROGAS/ALCOHOL									
GLAUCOMA O DEGENERACIÓN MACULAR									
OTRAS ENFERMEDADES NO MENCIONADAS									
¿VIVO?									

**SALUD MENTAL**

¿Es el estrés un problema importante para ti?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Te sientes deprimido?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Entras en pánico cuando estás estresado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene problemas con la alimentación o con el apetito?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Lloras con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez has intentado suicidarte?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez has pensado seriamente en hacerte daño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tienes problemas para dormir?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez has ido a un consejero?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Nombre del paciente:**

**Fecha de nacimiento:**

*Escriba el nombre completo aquí para firmar electrónicamente*