

**Cuestionario de Salud**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_ **Est.** \_\_\_\_\_ **Peso** \_\_\_\_\_ **BP** \_\_\_\_\_ **HR** \_\_\_\_\_

**Razón de Visita:** \_\_\_\_\_

**Historia Médica/ Tipo de problemas médico:** \_\_\_\_\_

**Cirugías Pasadas/ Ultima colonoscopia y resultados:** \_\_\_\_\_

**Última prueba de Papanicolaou (mes/año) y resultados:** \_\_\_\_\_ **Histerectomía** No Si

**Última mamografía (mes/ año) y resultados:** \_\_\_\_\_

**Última vacuna de tétano** \_\_\_\_\_ **Última vacuna de neumonía** \_\_\_\_\_ **Última vacuna de gripe** \_\_\_\_\_

**Historia en la Familia:** Cualquier miembro de familia tiene alguna de las siguientes:

Cáncer... ..	No	Si	Quién.....	Tipo de cáncer
Ataque... ..	No	Si	Quién... ..	_____
Problema del corazón... ..	No	Si	Quién... ..	_____
Presión Alta... ..	No	Si	Quién... ..	_____
Diabetes... ..	No	Si	Quién... ..	_____
Enfermedad mental... ..	No	Si	Quién... ..	_____

**Historia Social**

Algún uso de drogas... ..No Si Tipo \_\_\_\_\_  
Uso de alcohol... ..No Si Qué tan seguido \_\_\_\_\_

Soltero Casado Separado Divorciado Viudo (a)  
Hijos... ..No Si Cuantos \_\_\_\_\_

Empleado... ..No Si Tipo de trabajo \_\_\_\_\_  
Fumador..... No Si Frecuencia \_\_\_\_\_

**Alérgico a algún medicamento** \_\_\_\_\_ **Medicaciones** Por favor escriba una lista: \_\_\_\_\_

**Evaluación del Organismo**

**General**

Fiebre... ..No Si  
Escalofríos... ..No Si  
Pérdida de peso inesperado... ..No Si

**Genitourinario**

Perdida de orina... ..No Si  
Frecuencia en la orina... ..No Si  
Ardor/dolor al orinar... ..No Si  
Sangre en la orina... ..No Si

**Cabeza / Nuca / Ojos / Oídos / Nariz / Boca / Garganta**

Pérdida de conocimiento... ..No Si  
Mareos... ..No Si  
Cambio inesperado en la visión... ..No Si  
Rigidez o Entumecimiento en la nuca... ..No Si  
Engrandecimiento en las glándulas... ..No Si  
Comezón en los ojos... ..No Si  
Operación reciente en los ojos.....No Si  
Dolor de oídos... ..No Si  
Drenaje o desagüe en los oídos..... No Si  
Pérdida de audición... ..No Si  
Sangrado de nariz... ..No Si  
Moquear de nariz.....No Si  
Lesiones en la boca..... No Si  
Dolor en la boca... ..No Si  
Dolor de garganta.....No Si

**Musculo esquelético/Piel/Seno**

Debilidad en músculos o coyunturas... ..No Si  
Dificultad al caminar... ..No Si  
Salpullido... ..No Si  
Enfermedad en la piel... ..No Si  
Anormalidad en pigmentación en la piel... ..No Si  
Masa o hinchazón en el seno... ..No Si  
Dolor en el seno..... No Si  
Drenaje en el pezón.....No Si

**Neurológico/Psicológico**

Convulsiones... ..No Si  
Parálisis... ..No Si  
Pensamientos de suicidio... ..No Si  
Pensamientos de lastimar a otros.....No Si

**Corazón/Pulmones**

Dolor en el pecho... ..No Si  
Respiración corta... ..No Si  
Inflamación de mano/pie/tobillo... ..No Si  
Tos..... No Si  
Sibilancia o sonido silbante al respirar... No Si  
Dificultad al respirar... ..No Si

**Endocrino/Hematológica/Linfático**

Cambio en crecimiento del cabello... ..No Si  
Se siente más caliente/frío... ..No Si  
La piel se muestra más reseca... ..No Si  
Enfermedad en la sangre.....No Si  
Sangrado anormal... ..No Si

**Gastrointestinal**

Vómitos..... No Si  
Cambio en hábito para ir al baño... ..No Si  
Diarrea..... No Si  
Sangre en el excremento... ..No Si  
Dolor en el abdomen..... No Si

¿Cómo se entero de nuestra clínica? Familia/Amigo Seguro en la Web Representante de Seguro Pre-asignado por el Seguro Tarjeta postal