

CUESTIONNAIRE DE SALUD

NOMBRE _____ **EDAD** _____ **FECHA** _____
DOMICILIO _____ **TELEFONO** _____

HISTORIA DE ENFERMEDADES ANTERIORES: Ha tenido usted

Niñez:

Sarampion _____ No Si
Paperas _____ No Si
Viruelas _____ No Si
Diabetis _____ No Si
Cancer: _____ No Si

Niñez:

Fiebre Reumatica _____ No Si
Tuberculosis _____ No Si
Abnormalidades Congenitas _____ No Si
Otras Enfermedades: _____

Adulto:

Ha tenido enfermedades serias? _____ No Si
Ha estado hospitalizado o enfermo por largo tiempo? _____ No Si
Si la respuesta es si, por que? _____

Operaciones:

Ha tenido cirugias? _____ No Si
Listelas: _____

Accidentes:

Se ha quebrado huesos? _____ No Si
Ha perdido el conocimiento? _____ No Si

HISTORIA FAMILIAR	Si Viven:		Fallecido:		Ha Tenido Alguno de sus familiares:
	Edad	Salud	Edad	Salud	
Padre					Cancer No Si
Madre					Tuberculosis No Si
Hermano/a					Diabetis No Si
					Problemas de corazon No Si
					Alta presion No Si
					Embolios No Si
Hijos/Hijas					Tendencia a sangrar No Si

HISTORIA SOCIAL:

Marque uno: (Soltero ___) (Casado ___) (Separado ___) (Divorciado ___) (Viudo ___)

Vive con su esposo o esposa? _____ No Si
Tiene dependientes en casa? _____ No Si
Consumo bebidas alcoholicas: Nunca ___ Raramente ___ Moderadamente ___ Daily ___ Ever? ___ No Si
Tabaco: No Fuma ___ Nunca Fumo ___ Paquetes al dia ___ No Si
Esta trabajando? Tiempo Completo ___ Parte del tiempo ___
Que es su trabajo? _____

EDUCACION:

Primaria _____ (Años)
Escuela Secundaria _____
Colegio _____
Profesion _____

Cuanto tiempo a perdido de trabajar por problemas de salud, durante:

Seis meses _____
Un año _____
Cinco años _____

REPASO DEL SISTEMA: Tienen algo de lo siguiente?

General:

Rapido cambio de peso? _____ No Si
Mayor parte de su vida ha sido saludable? _____ No Si

Piel:

Enfermedades de la piel _____ No Si
Ictericia _____ No Si
Ronchas o Eczema _____ No Si
Infecciones frecuentes _____ No Si
Pigmentacion anormal _____ No Si

Cabeza-Ojos-Oidos-Garganta:

Sangra de la nariz _____ No Si

Cabeza-Ojos-Oidos-Garganta

Impedimento al oir _____ No Si
Mareos o episodios de inconciencia _____ No Si
Glaucoma _____ No Si
Dolores de cabeza _____ No Si
Problema de sinusitis _____ No Si
Glandulas inflamadas _____ No Si

Respiratorio:

Infeccion respiratorio _____ No Si
Escupe sangre _____ No Si
Tos cronico o frecuente _____ No Si

REPASO DEL SYSTEMA:

Respiratorio

Asma _____ No Si
Dificultad al respirar _____ No Si
Neumonía o pulmonía _____ No Si

Cardiovascular:

Dolor en el pecho _____ No Si
Falta de aire cuando camina o se acuesta _____ No Si
Dificultad al caminar dos bloques _____ No Si
Problemas o ataque al corazón _____ No Si
Alta presión _____ No Si
Inchazón de pies o mano _____ No Si
Ruidos en el corazón _____ No Si

Gastrointestinal:

Úlceras _____ No Si
Vomita sangre o comida _____ No Si
Enfermo de la vesícula _____ No Si
Problema del hígado _____ No Si
Hepatitis _____ No Si
Dolor al hacer del baño _____ No Si
Sangre en el escremento _____ No Si
Escremento negro _____ No Si
Hemorroides _____ No Si
Cambio reciente al ir al baño _____ No Si
Diarrea frecuente _____ No Si
Ardor o indigestión _____ No Si
Dolor de estómago _____ No Si
Se le pega la comida en la garganta _____ No Si

Systema Urinario:

Se la sale la orina _____ No Si
Orina frecuentemente _____ No Si
Orina de noche _____ No Si
Dolor al orinar _____ No Si
Sangre en la orina _____ No Si
Problema con los riñones _____ No Si
Piedras en los riñones _____ No Si

Gynecologico:

Edad al comenzar el periodo? _____
Cuántos días dura? _____

Gynecologico:

Cuántos embarazos _____
Cuántos abortos _____
Fecha del último Papanicolaou : _____
Frecuencia del periodo _____ días.
Dolor con periodo _____ No Si
Cuántos niños _____ Edades _____
Fecha del último periodo _____

Locomotor-Musculo esqueletal:

Venas varicosas _____ No Si
Debilidad en músculos o coyunturas _____ No Si
Dificultad al caminar _____ No Si
Dolor en pantorrilla, nalgas
aliviado al descansar _____ No Si

Neuro-Psiquiatria:

Ha tenido cuidado psiquiátrico _____ No Si
Ha tenido
desmayos? _____ No Si
Convulsiones _____ No Si
Parálisis _____ No Si

Hematologia:

Sicatriza pronto al cortarse _____ No Si
Desórdenes de la sangre _____ No Si
Anemia _____ No Si
Flebitis _____ No Si
Ha sangrado demasiado después
extracción de dientes
o cirugía? _____ No Si
Ha sangrado o moreteado con
anormalidad _____ No Si

Alergia:

Alguna alergia, medicación o otro _____ No Si

Glandulas:

Enfermedades de la tiroides _____ No Si
Terapia de hormonas _____ No Si
Cambio de sombrero o guante _____ No Si
Le da más frío que antes o su
Piel está más seca _____ No Si

ESTATURA: _____ **PESO:** _____

ALLERGIAS Y SENSITIVIDADES

1. Ha tenido reacción a alguna inyección o medicina oral:

	MARQUE SI O NO			Que Droga O Comida?
Penicilina o otro antibiótico _____	No	Si	No sabe	_____
Morfina, Codeine, Demerol o otro _____	No	Si	No sabe	_____
Anestesia _____	No	Si	No sabe	_____
Aspirina, o algún remedio para dolor _____	No	Si	No sabe	_____
Sulfas _____	No	Si	No sabe	_____
Tétanos antitoxinas _____	No	Si	No sabe	_____
Cintas adhesivas _____	No	Si	No sabe	_____
Yodo _____	No	Si	No sabe	_____
Alguna otra medicina o droga _____	No	Si	No sabe	_____
Alguna comida, como huevos, leche _____	No	Si	No sabe	_____

2. ¿Qué medicinas está tomando?: _____

Firma de la persona tomando esta información: _____

Doctor

Fecha

Firma del paciente