



### CUESTIONARIO DE SU HISTORIA MEDICA

Bienvenido (a) a nuestra clinica. Por favor completa el cuestionario
Todas las preguntas seran confidenciales y seran parte de su expediente medico.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_H \_\_\_M
Estado civil: \_\_\_Soltera(a) \_\_\_En Pareja \_\_\_Casado(a) \_\_\_Separado(a) \_\_\_Divorciado(a) \_\_\_Viudo(a)
Doctor Anterior: \_\_\_\_\_ Fecha del examen fisico mas reciente: \_\_\_\_\_

### HISTORIA MEDICA PERSONAL

Enfermedad de ninez: \_\_\_Sarampión \_\_\_Paperas \_\_\_Varicela \_\_\_Fiebre reumática \_\_\_Poliomielitis
Fechas de las Immunizations \_\_\_Tétanos \_\_\_Hepatitis \_\_\_Gripe \_\_\_Pulmonía \_\_\_Varicela \_\_\_MMR

Indique cualquier diagnosis medico que tiene

Ocupacion actual \_\_\_\_\_

#### Cirugias

Table with 3 columns: Año, Razón, Hospital. Contains 4 empty rows for recording surgical history.

#### Otras hospitalizaciones

Table with 3 columns: Año, Razón, Hospital. Contains 4 empty rows for recording hospitalization history.

Ha tenido una transfusion de sangre? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_ No

**Enumere las medicinas que toma-incluya vitaminas, soplementos y hierbas**

| Nombre de la medicina | Dosis | Frecuencia |
|-----------------------|-------|------------|
| _____                 | _____ | _____      |
| _____                 | _____ | _____      |
| _____                 | _____ | _____      |
| _____                 | _____ | _____      |
| _____                 | _____ | _____      |

**Alergias a las medicinas**

| Nombre de la medicina | Reacción que tuvo |
|-----------------------|-------------------|
| _____                 | _____             |
| _____                 | _____             |
| _____                 | _____             |

**HABITOS Y SEGURIDAD PERSONAL**

**Ejercicio**    \_\_\_ Sedentario (ningún ejercicio)  
 \_\_\_ Ejercicio suave (es decir, sube escaleras, camina 3 manzanas, juega al golf)  
 \_\_\_ Ejercicio vigorosos ocasional (es decir, trabajo o recreacion, menos de 4 veces a la semana por 30 min)  
 \_\_\_ Ejercicio vigoroso regular (es decir, trabajo o recreacion, 4 veces a la semana por 30 )

**Dieta**        \_\_\_ ¿Esta hacienda una dieta?  
 \_\_\_ ¿Si contest que sí a la pregunta anterior: es una dieta médica?  
 \_\_\_ ¿# de comidas que usted come en un día normal?  
 \_\_\_ Cuanto sal come                    \_\_\_ Mucha        \_\_\_ Med        \_\_\_ Poca  
 \_\_\_ Cuanta grasa come                \_\_\_ Mucha        \_\_\_ Med        \_\_\_ Poca

**Cafeina**    \_\_\_ Ninguna    \_\_\_ Café        \_\_\_ Té        \_\_\_ Cola        ¿# de tazas/latas por día? \_\_\_\_\_

**Alcohol**    ¿Usted toma bebidas alcoholicas?                    \_\_\_ Si        \_\_\_ No  
 ¿Si sí , qué clase? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántas bebidas por semana? \_\_\_\_\_

¿Le preocupa la cantidad qu bebe?                    \_\_\_ Si        \_\_\_ No  
 ¿Usted ha considerado para de beber?            \_\_\_ Si        \_\_\_ No  
 ¿Usted has experimentado desmayos?              \_\_\_ Si        \_\_\_ No  
 ¿Tiene tendencia de tomar mucho de repente?    \_\_\_ Si        \_\_\_ No  
 ¿Usted conduce despues de beber?                \_\_\_ Si        \_\_\_ No

**Tabaco**     ¿Usted utilize el tabaco?                                \_\_\_ Si        \_\_\_ No  
 \_\_\_\_\_ Cigarrillos-pks./dia    \_\_\_ Mastica-#/dia    \_\_\_ Pipa-#/dia    \_\_\_ Cigarros-#/dia  
 \_\_\_\_\_ # de años    \_\_\_ O año que dejo el tabaco

**Drogas**     ¿Usted utilize drogas recreacionales o de la calle?    \_\_\_ Si        \_\_\_ No  
 ¿Usted se ha inyecatado drogas de la calle con una aguja?    \_\_\_ Si        \_\_\_ No

**Sexo**        ¿Esta teniendo relaciones sexuales?                \_\_\_ Si        \_\_\_ No  
 ¿Si sí, está intentando quedar embarazada?        \_\_\_ Si        \_\_\_ No

Si no, cual metodo de contracepcion utilize? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Tiene dolor o malestar con las relaciones sexuales? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Las enfermedades relacionadas con el virus humano de la inmunodeficiencia (HIV), tal como el SIDA, se ha convertido en un problema de salud publica importante. Los factores de riesgo para esta enfermedad incluyen el uso intravenoso de drogas y relaciones sexuales desprotegidas. ¿Usted quiere hablar con la doctora sobre su riesgo de esta enfermedad?

\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

**Seguridad** ¿Usted vive solo(a)? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

**Personal** ¿Usted tiene caidas frecuentes? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Usted tiene pérdida de visión o de oido? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Do you have Advanced Directive or Living Will? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Querria mas informacion sobre la preparación? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

El abuso fisico y/o mental se han convertidos en problemas graves en este pais. Esto toma a menudo las forma de comportamiento verbalmente amenazador o de abuso fisico o sexual. ¿Usted querria discutir sobre esto con su doctora? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

### HISTORIA MEDICA FAMILIAR

|                 | EDAD  | PROBLEMAS DE SALUD |                   | EDAD  | PROBLEMS DE SALUD |
|-----------------|-------|--------------------|-------------------|-------|-------------------|
| <b>Padre</b>    | _____ | _____              |                   | ___ M | _____             |
| <b>Madre</b>    | _____ | _____              | <b>Hijos</b>      | ___ H | _____             |
|                 |       |                    |                   | ___ M | _____             |
|                 |       |                    |                   | ___ H | _____             |
| <b>Hermanos</b> | ___ M |                    |                   | ___ M | _____             |
|                 | ___ H |                    |                   | ___ H | _____             |
|                 | ___ M |                    |                   | ___ M | _____             |
|                 | ___ H |                    |                   | ___ H | _____             |
|                 | ___ M |                    | <b>Abuela</b>     | ___   | _____             |
|                 | ___ H |                    | <i>(Maternal)</i> | ___   | _____             |
|                 | ___ M |                    | <b>Abuelo</b>     | ___   | _____             |
|                 | ___ H |                    | <i>(Materna)</i>  | ___   | _____             |
|                 | ___ M |                    | <b>Abuela</b>     | ___   | _____             |
|                 | ___ H |                    | <i>(Paternal)</i> | ___   | _____             |
|                 | ___ M |                    | <b>Abuelo</b>     | ___   | _____             |
|                 | ___ H |                    | <i>(Paternal)</i> | ___   | _____             |

### SALUD MENTAL

¿Es la tensión (o el estres) un problema para usted? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Se siente deprimido? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Usted se atierra cuando está tensionado? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Usted toeme [rpn;e,as cpm si apetito? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Usted llora con frecuencia? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Usted ha tratado de suicidatse? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Usted ha pensado en lastimarse? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Usted llora con frecuencia? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Usted ha tratado de suicidarse? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Usted ha pensado en lastimarse? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Usted tiene problemas para dormir? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Usted alguna vez ha visto a un psicologo o consejero? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

### MUJERES

Edad cuando empezo la menstruación: \_\_\_\_\_

Primer dia de su ultima menstruación: \_\_\_\_\_

Tiene un períod cada \_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_

|  |        |        |
|--|--------|--------|
| Tiene periodos irregulares, dolorosos, o tiene descarga?   | ___ Si | ___ No |
| Número de embarazos ___ Número de nacimientos vivos  | ___ Si | ___ No |
| ¿Esta embarazada o amamantando?  | ___ Si | ___ No |
| ¿Ha tenido una D&C, una histerectomía, o una cesarea?  | ___ Si | ___ No |
| ¿En el último año a tenido infecciones de la vejiga o riñón?   | ___ Si | ___ No |
| ¿Ha visto sangre en su orina?  | ___ Si | ___ No |
| ¿A tenido calores o sudores en la noche?   | ___ Si | ___ No |
| ¿Usted tiene la tensión, dolor, hinchazón, irritabilidad, u otros síntomas alrededor de la época de la menstruación? | ___ Si | ___ No |
| ¿Ha tenido dolor, bultos o descarga de los senos?  | ___ Si | ___ No |
| ¿Cuándo fue su último papanicolao?   | ___ Si | ___ No |
| ¿Ha tenido algún papanicolao anormal?  | ___ Si | ___ No |

### HOMBRES

|   |        |        |
|---|--------|--------|
| ¿Se levanta en las noches para orinar?  | ___ Si | ___ No |
| ¿Si respondió que si, cuantas veces _____   |        |        |
| ¿Siente comezón o dolor al orinar?  | ___ Si | ___ No |
| ¿Se ha visto sangre en su orina?  | ___ Si | ___ No |
| ¿Ha tenido descarga o dolor en el pene?   | ___ Si | ___ No |
| ¿La ha disminuido la fuerza de su orina?  | ___ Si | ___ No |
| ¿En los últimos 12 meses, ha tenido alguna infección de la vejiga, riñón or próstata? | ___ Si | ___ No |
| ¿Siente que tiene dificultad en vaciar completamente su vejiga?                       | ___ Si | ___ No |
| ¿Tiene alguna dificultad con tener erecciones o cuando ejacula?                       | ___ Si | ___ No |
| ¿Tiene dolor o hinchazón de los testículos?   | ___ Si | ___ No |
| ¿Cuándo fue su último examen de próstata?   | ___ Si | ___ No |

### OTROS PROBLEMAS

Indique si tiene, o ha tenido, síntomas en cualquiera de las siguientes áreas

|                   |                   |                              |
|-------------------|-------------------|------------------------------|
| ___ Piel          | ___ Pecho/Corazón | ___ Cambios recientes en su: |
| ___ Cabeza/Cuello | ___ Espalda       | ___ Peso                     |
| ___ Oejas         | ___ Intestino     | ___ Nivel de energía         |
| ___ Nariz         | ___ Vejiga        | ___ Abilidad para dormir     |
| ___ Garganta      | ___ Colon         | ___ Orto floor o malestar    |
| ___ Pulmones      | ___ Circulación   | _____                        |

He contestado las preguntas ciertamente. Entiendo que el proveer información incorrecta me puede impactar la salud de una manera negativa. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la doctora de cualquier cambio con respecto a mi salud.

**Firma de paciente/pariente/guardian:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_