

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

FECHA _____

NOMBRE _____

HOMBRE MUJER SOLTERO CASADO VIUDO DIVORCIADO SEP

DOMICILIO _____

NÚMERO (C) _____

(O) _____

OCUPACIÓN/EMPLEADOR _____

FECHA DEL NACIMIENTO _____

SITUACIÓN HABITACIONAL

HOSPITALIZACIONES

Si usted ha pasado una noche o más en el hospital, indique el año, enfermedad u operación.
(No incluya partos normales. Por favor empiece con el evento más reciente)

AÑO	ENFERMEDAD/OPERACIÓN	AÑO	ENFERMEDAD/OPERACIÓN

HISTORIA MÉDICA Y FAMILIAR

Marque si Usted o un familiar directo (Indique el parentesco) ha tenido una o más de las siguientes condiciones -

	VD.	FAMILIAR		VD.	FAMILIAR
1) PÉRDIDA RECIENTE DE PESO			17) PROBL. EN LOS RIÑONES/VEJIGA		
2) MIGRAÑAS JAQUECAS			18) PROBL. NEUROLÓGICO		
3) EPILEPSIA/CONVULSIONES			19) ARTRITIS		
4) PROBL. DE VISIÓN			20) OESTEOPOROSIS		
5) PROBL. DE AUDICIÓN			21) CANCER - TIPO _____		
6) SANGRAMIENTO DE NARIZ, SINUSITIS			22) DESORDEN SANGUÍNEO		
INFECCIONES DE GARGANTA (RECURRENTE)			23) TRANSFUSION(ES) DE SANGRE		
7) ANGINA - DOLOR DE PECHO			24) ANEMIA		
8) ATAQUE CARDÍACO			25) DIABETES		
9) PRESIÓN ARTERIAL ALTA			26) PROBLEMAS DE LA TIROIDES		
10) DERRAME CEREBRAL			27) ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS		
11) COLESTEROL ELEVADO			28) ENFERMEDAD MENTAL		
12) DESORDEN DE VÁLVULAS CARDÍACAS			29) DEPRESIÓN		
13) ENFERMEDAD DE LOS PULMONES			30) SORIASIS/ECZEMA		
14) ÚLCERA ESTOMACAL			31) PÉRDIDA RECIENTE DE CABELLO		
15) PROBLEMAS INTESTINALES			32) ACCIDENTE SERIO		
16) ENFERMEDAD DEL HIGADO/HEPATITIS					

LISTE TODAS LAS MEDICINAS QUE USA:

LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED TUVO (AÑO):

ALERGIAS A MEDICINA

MEDICINA	DOSIS	VECES/DÍA		MEDICINA	REACCIÓN
			VACUNA PARA EL FLU _____ VACUNA DEL TÉTANO _____		
			VACUNA DE HEPATITIS _____ EXAMEN VISUAL _____		
			EXAMEN DE TUBERCULOSIS _____ EXAMEN RECTAL _____		
			EXAMEN DE SANGRE EN FECES _____		
			EXAMEN DENTAL _____		
			EXAMEN DE COLESTEROL _____ (resultado) _____		
			VACUNA DE NEUMONÍA _____		
			CONSUME O HA CONSUMIDO:		
			CIGARILLOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PAQ./ DÍA _____ #AÑOS _____		
			ALCOHOL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VASOS/SEMANA _____		
			CAFÉ / TÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TAZAS/DÍA _____		
			DROGAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TIPO _____		
				SÓLO PARA MUJERES	
				ÚLTIMA MENSTRUACIÓN _____	
				¿USA SISTEMA ANTICONCEPTIVO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
				TIPO: _____	
				NÚMERO DE EMBARAZOS: _____	
				NÚMERO DE PARTOS _____	
				NÚMERO DE ABORTOS _____	
				NÚMERO DE ABORTOS ESPONTÁNEOS _____	
				AÑO DEL ÚLTIMO EXAMEN DE-	
				_____ PAPANICOLAO NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	
				_____ LOS SENOS NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	
				_____ MAMOGRAMA NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	

¿TIENE ALGÚN OTRO PROBLEMA POR EL CUAL HA VISTO A UN DOCTOR REGULARMENTE? POR FAVOR HAGA UNA LISTA:

SOLOMENTE POR TRABAJADORES DE LA CLINICA:

PATIENT UNABLE TO COMPLETE FORM

PATIENT REQUIRING ASSISTANCE TO COMPLETE FORM

**PATIENT QUESTIONNAIRE**

DATE _____

NAME _____

M F MARITAL STATUS S M W D SEP

ADDRESS _____

PHONE (H) _____ (O) _____

OCCUPATION/EMPLOYER _____

DATE OF BIRTH _____

LIVING SITUATION**HOSPITALIZATIONS***IF YOU HAVE BEEN IN HOSPITAL OVERNIGHT – STATE THE YEAR – ILLNESS/OPERATION
(DO NOT INCLUDE NORMAL PREGNANCIES. PLEASE START WITH THE MOST RECENT EVENT)*

YEAR	ILLNESS/OPERATION	YEAR	ILLNESS/OPERATION

PAST MEDICAL & FAMILY HISTORY*PLEASE CHECK IF YOU (SELF) OR ANY BLOOD RELATIVE HAD ANY OF THE FOLLOWING CONDITIONS -*

	SELF	RELATION		SELF	RELATION
1) RECENT WEIGHT LOSS			17) KIDNEY/BLADDER PROBLEMS		
2) MIGRAINE HEADACHES			18) NEUROLOGICAL		
3) EPILEPSY / CONVULSIONS			19) ARTHRITIS		
4) EYE DISEASE (OTHER THAN GLASSES)			20) OSTEOPOROSIS		
5) HEARING DISORDER			21) CANCER - TYPE _____		
6) RECURRENT NOSE BLEEDS SINUS/THROAT INFECT(S)			22) BLEEDING DISORDER		
7) ANGINA – CHEST PAIN			23) BLOOD TRANSFUSION(S)		
8) HEART ATTACK			24) ANEMIA		
9) HIGH BLOOD PRESSURE			25) DIABETES		
10) STROKE			26) THYROID		
11) HIGH CHOLESTEROL			27) ALCOHOL OR DRUG ABUSE		
12) HEART VALVE DISORDER			28) MENTAL ILLNESS		
13) LUNG DISEASE			29) DEPRESSION		
14) STOMACH ULCER			30) PSORIASIS/ECZEMA		
15) BOWEL PROBLEMS			31) RECENT HAIR LOSS		
16) LIVER DISEASE/HEPATITIS			32) LIVER DISEASE/HEPATITIS		

LIST ALL MEDICATIONS YOU TAKE**THE LAST TIME YOU HAD A: (YEAR)****DRUG ALLERGIES**

MEDICATION	DOSE	TIMES/DAY	FLU VACCINE _____	TETANUS SHOT _____	DRUG	REACTION
			HEPATITIS VACCINE _____	EYE EXAM _____		
			T.B. TEST _____	RECTAL EXAM _____		
			STOOL BLOOD TEST _____			
			DENTAL EXAM _____			
			CHOLESTEROL TEST _____	(result) _____		
			PNEUMONIA SHOT _____			
			DO YOU NOW OR HAVE YOU EVER CONSUMED:		FOR WOMEN ONLY	
			CIGARETTES Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> PKG/DAY ____ #YRS ____		DATE OF LAST MENST. PERIOD _____	
			ALCOHOL Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> DRINKS/WEEK _____		ARE YOU USING BIRTH CONTROL Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
			COFFEE / TEA Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> CUPS/DAY _____		TYPE: _____	
			STREET DRUGS Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TYPE _____		NUMBER OF PREGNANCIES _____	
					NUMBER OF BIRTHS _____	
					NUMBER OF ABORTIONS _____	
					NUMBER OF MISCARRIAGES _____	
					YEAR OF LAST – _____	
					PAP TEST NORMAL <input type="checkbox"/> ABN <input type="checkbox"/>	
					BREAST EXAM NORMAL <input type="checkbox"/> ABN <input type="checkbox"/>	
					MAMMOGRAM NORMAL <input type="checkbox"/> ABN <input type="checkbox"/>	

DO YOU HAVE ANY OTHER PROBLEMS FOR WHICH YOU HAVE BEEN SEEING A DOCTOR ON A REGULAR BASIS? – PLEASE LIST THEM

FOR CLINIC STAFF ONLY: PATIENT UNABLE TO COMPLETE FORM PATIENT REQUIRING ASSISTANCE TO COMPLETE FORM