



CUESTIONARIO MÉDICO

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:			
Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono particular:	Teléfono celular:		
Dirección de correo electrónico:			
Empleador:	Ocupación:	Teléfono laboral:	
Lengua materna:	Origen étnico:	Raza:	
Nombre del médico de atención primaria:		Nombre del médico que realizó la derivación:	
INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:			
Nombre:	Relación:	Teléfono:	
SEGURO PRIMARIO:			
TITULAR DE LA PÓLIZA			
Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Relación con el paciente:	Número del Seguro Social:		
Empleador:	Número de teléfono del empleador:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre del seguro:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
N.º de identificación del seguro:	N.º de grupo:		
SEGURO SECUNDARIO			
TITULAR DE LA PÓLIZA			
Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Relación con el paciente:	Número del Seguro Social:		
Empleador:	Número de teléfono del empleador:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre del seguro:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
N.º de identificación del seguro:	N.º de grupo:		

Firma del médico: _____ Fecha: _____



Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

¿Podemos dejar un mensaje en el teléfono particular o celular para informar resultados de exámenes?

PARTICULAR: SÍ NO CELULAR: SÍ NO

¿Podemos hablar con algún integrante de su familia sobre su atención y sobre los resultados de los exámenes? SÍ NO

Si respondió que sí, indique los nombres: _____

Médico de atención primaria: _____ **Teléfono:** _____

Farmacia: _____ **Ubicación:** _____ **Teléfono:** _____

¿Tiene un testamento vital o una instrucción anticipada? SÍ NO

Si respondió que sí, por favor, entréguenos una copia para archivarla en su historia clínica.

Si respondió que no, ¿desea que le suministremos información sobre este tema? SÍ NO

MOTIVO DE LA VISITA: _____ **Fecha de la lesión (si corresponde):** _____

Indique las inquietudes, los problemas o los síntomas relacionados con la salud que tenga actualmente: _____

¿Siente algún dolor? SÍ NO
 Si respondió que sí, ¿con qué intensidad? _____
 ¿Dónde? _____

ALERGIAS o intolerancia a medicamentos (incluya el tipo de reacción): _____

NINGUNA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO INCLUYA LAS VITAMINAS, LOS MEDICAMENTOS A BASE DE HIERBAS Y LOS MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE. <input type="checkbox"/> MARQUE LA CASILLA SI NO TOMA NINGÚN MEDICAMENTO.	DOSIS mg/unidades aplicaciones/gotas	FRECUENCIA ¿Cuántas veces por día? ¿Por la mañana y/o la noche? ¿Después de las comidas?	¿NECESITA RESURTIDOS?

Firma del médico: _____ Fecha: _____



Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

VACUNAS:

Marque cuál de las siguientes vacunas ha recibido e incluya la fecha (si la conoce):

- Tétanos _____ Gripe _____ Neumonía _____
 Hepatitis A _____ Hepatitis B _____ Herpes zóster _____
 Prueba de Mantoux o del derivado proteico purificado (PPD) positiva (prueba cutánea de tuberculosis) _____

ANTECEDENTES MÉDICOS: INDIQUE SI ALGUNA VEZ HA TENIDO LO SIGUIENTE:

	SÍ	NO		SÍ	NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL			PANCREATITIS		
DIABETES: TIPO 1 TIPO 2			PROBLEMAS RENALES		
CÁNCER: _____			PSA ELEVADO (HOMBRES ÚNICAMENTE)		
SOPLO CARDÍACO			CONVULSIONES		
PROBLEMAS CARDÍACOS			DEPRESIÓN O ANSIEDAD		
ASMA			ACCIDENTE CEREBROVASCULAR		
ENFISEMA O ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)			ANEMIA/ENFERMEDAD DE LA SANGRE		
PRUEBA CUTÁNEA DE TB POSITIVA			PROBLEMAS DE TIROIDES		
TUBERCULOSIS			ARTRITIS		
COÁGULOS DE SANGRE			COLESTEROL ALTO		
ÚLCERAS			VIH, SIDA, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)		
PÓLIPOS EN EL COLON			MIGRAÑAS		
PROBLEMAS EN LA VESÍCULA BILIAR			GOTA		
HEPATITIS O ICTERICIA			PROBLEMAS HEPÁTICOS		
APNEA DEL SUEÑO			ALCOHOLISMO		
HEPATITIS C			COLON IRRITABLE (IBS)		
ENFERMEDAD DE CROHN			OSTEOPOROSIS		
OTRO:			OTRO:		

¿Ha estado hospitalizado alguna vez? SÍ NO

¿Le han realizado una cirugía alguna vez? SÍ NO

Si respondió que sí, explique abajo:

Si respondió que sí, explique abajo:

Año	Motivo de la hospitalización
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Año	Tipo de cirugía
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Ha sufrido alguna caída en el último año? SÍ NO Si respondió que sí, ¿la caída le ocasionó alguna lesión? _____

En las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido triste, deprimido o desesperanzado? SÍ NO

¿Tiene poco interés o entusiasmo por hacer cosas? SÍ NO

Firma del médico: _____ Fecha: _____



Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

ATENCIÓN PREVENTIVA: Indique a continuación las fechas de los servicios preventivos más recientes que haya recibido.

<u>Examen</u>	<u>Fecha del último examen</u>	<u>Nunca se lo realizó</u>
Colonoscopia	_____	<input type="checkbox"/>
Prueba de colesterol	_____	<input type="checkbox"/>
Examen del VIH	_____	<input type="checkbox"/>
Examen de audición	_____	<input type="checkbox"/>
Examen de la vista	_____	<input type="checkbox"/>
Examen de la próstata/PSA	_____	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES FAMILIARES:	EDAD, SI VIVE	EDAD AL MOMENTO DE FALLECER	PROBLEMAS DE SALUD O CAUSA DE MUERTE
MADRE:			
PADRE:			
HERMANOS:			
HERMANAS:			
HIJOS:			

ANTECEDENTES SOCIALES:

Tabaquismo: ¿Fuma actualmente? SÍ NO

Si respondió que sí, ¿cuántos cigarrillos fuma por día o por semana? _____

Si respondió que no, ¿fumaba en el pasado? SÍ NO

Alcohol: ¿Bebe alcohol, cerveza o vino? SÍ NO

Si respondió que sí, ¿qué cantidad por semana o por mes? _____

Si respondió que no, ¿bebía alcohol en el pasado? SÍ NO

¿Consume cafeína? SÍ NO Si respondió que sí, ¿cuántas tazas por día? _____

¿Consume drogas recreativas? SÍ NO

¿Hace ejercicio todos los días o semanalmente? SÍ NO Si respondió que sí, ¿de qué tipo? _____

¿Cómo calificaría su dieta? BUENA REGULAR MALA

Firma del médico: _____ Fecha: _____



Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Tipo de dieta: Equilibrada Vegetariana Para diabéticos Con bajo contenido de sal
 Con bajo contenido de grasa Con bajo contenido de carbohidratos Otra: _____

¿Le gustaría recibir asesoramiento sobre su dieta? SÍ NO

¿Es usted una persona sexualmente activa? SÍ NO Método anticonceptivo: _____

¿Ha sido víctima de lo siguiente? Abuso físico Abuso sexual

Comentarios: _____

¿Le teme a su pareja? SÍ NO

ANTECEDENTES MÉDICOS DE LA MUJER:

Cantidad total de embarazos: _____ Cantidad de partos: _____

Fecha de la última menstruación (si aún menstrúa): _____

Edad de la primera menstruación: _____

Edad de finalización de la menstruación (menopausia): _____

Fecha de la última mamografía: _____ ¿Anormal? SÍ NO

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____ ¿Anormal? SÍ NO

Fecha de la última densitometría ósea: _____ ¿Anormal? SÍ NO

¿Tomó pastillas anticonceptivas alguna vez? SÍ NO Si respondió que sí, ¿por cuánto tiempo? _____

¿Recibió terapia reconstitutiva hormonal alguna vez? SÍ NO Si respondió que sí, ¿por cuánto tiempo? _____

¿Le administraron alguna vez medicamentos para la fertilidad? SÍ NO Si respondió que sí, ¿por cuánto tiempo? _____

¿Tomó tamoxifeno o raloxifeno alguna vez, u otro medicamento similar? SÍ NO Si respondió que sí, ¿por cuánto tiempo? _____

¿Sus ancestros son de ascendencia asquenazí? SÍ NO

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS/APARATOS: Indique a continuación sus antecedentes personales.

<u>CONSTITUCIÓN:</u>	NO	SÍ	<u>APARATO CARDIOVASCULAR:</u>	NO	SÍ
Cambio en la actividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio en el apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón en las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de la sudoración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>SALUD MENTAL:</u>		
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio inesperado en el peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas conductuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Confusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>APARATO RESPIRATORIO:</u>			Disminución de la concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intranquilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opresión en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alucinationes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación de asfixia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo/ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autolesión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estridor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sibilancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conducta suicida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del médico: _____ Fecha: _____



Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS/APARATOS (continuación): Indique a continuación sus antecedentes personales.

SISTEMA NERVIOSO:	NO	SÍ	PIEL:	NO	SÍ
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambio en el color	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asimetría facial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarpullido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aturdimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CABEZA/GARGANTA/NARIZ/OÍDOS:		
Dificultad para hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Babeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secreción en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Dolor de oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APARATO GENITOURINARIO:			Hinchazón facial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Llagas en la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para controlar la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado de la nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Goteo postnasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rinorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión sinusal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estornudos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secreción en el pene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en el pene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zumbido de oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón del pene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas para tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón del escroto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dolor en los testículos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SISTEMA HEMATOLÓGICO y LINFÁTICO:		
Urgencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ganglios linfáticos inflamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menor cantidad de orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formación de moretones/sangrado con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APARATO DIGESTIVO:			SISTEMA ENDOCRINO:		
Distensión abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intolerancia al frío o al calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aumento de la sed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aumento de la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangre en las heces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aumento del hambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	APARATO LOCOMOTOR:		
Náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas para caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Dolor o hinchazón en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OJOS:			Dolor muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secreción en los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor/rigidez en el cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picazón en los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dolor en los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALERGIAS/SISTEMA INMUNITARIO:		
Enrojecimiento en los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias ambientales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias a alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos visuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inmunodeprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del médico: _____ Fecha: _____