

Cuestionario de Salud

| | |
|----------------------------|----------------------------|
| Nombre del paciente: _____ | Fecha de Nacimiento: _____ |
|----------------------------|----------------------------|

| | |
|---------------------------|---|
| Historia personal: | ¿Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes? Por favor marque el apropiado (s). |
|---------------------------|---|

| | | | | | | |
|-------------|---------------------|------------------------|------------------------|-------------------|------------------|---------------------------|
| Asma | Enfermedad de Crohn | Epilepsia | Herpes | Sarampión | Polio | Enfermedad de la Tiroides |
| Cáncer: | Depresión | Sarampión alemán | Colesterol Alto | Enfermedad Mental | Psoriasis | Tuberculosis |
| Tipo: _____ | Diabetes | Gota | Hipertensión | Las migrañas | Fiebre reumática | Úlceras |
| Chicken Pox | Diverticulosis | Enfermedad del corazón | Intestino Irritable | Paperas | Convulsiones | |
| EPOC | Eczema | Hepatitis | Piedras en los riñones | Osteoporosis | Trazos | |

| | | |
|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Cirugías / Hospital | Enfermedad o una operación | Enfermedad o una operación |
| Admisiones | | |
| | | |
| (No incluye embarazos) | | |

| | | |
|--|---|--|
| <i>Lista de todos los medicamentos que está tomando detallando la dosis y la frecuencia. Incluya las que se venden sin receta (escribir en el reverso si necesita espacio adicional)</i> | Vacuna Contra el Año de la última inoculación | Test / Examen de Año Year of último examen |
|--|---|--|

| | | | |
|------------|------------|-------------------|---------------------|
| Medicación | Medicación | El tétanos / Td | Flex Sig |
| | | Influenza / Gripe | Pruebas de los Ojos |
| | | Neumonía | Prueba de TB |
| | | Hepatitis | La colonoscopia |
| | | | |

| | |
|------------------|-------|
| Alergias: | _____ |
|------------------|-------|

| | |
|------------------|--|
| Síntomas: | Por favor circule el síntoma (s) a continuación si los han experimentado con regularidad durante los últimos 5 años. |
|------------------|--|

| | | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|
| Disminución de la audición | Soplo cardíaco | Infecciones de orina - frecuentes | fractura ósea o la lesión de la articulación | Mujeres: |
| Zumbido en el oído | Dificultad para respirar | Sangre en la orina | Dolor en el pie entumecido pies | Flujo menstrual: |
| Las infecciones del oído - frecuentes | - Con el ejercicio - que se extiende plana | Micción: | Hinchazón de tobillos | -Reg. Dolor - Irregular - / Calambres |
| Desvanecimientos | pulso irregular o palpitaciones | - Noche> de dos veces | Erupciones Hives | Días de ___Length flujo de ___ ciclo |
| Desmayos | Dolor de piernas - al caminar | - Dolor - La pérdida de control | El nerviosismo Agitación | Fecha - primero días de período de _____ |
| Visión doble o borrosa | Varices / Flebitis | - Disminución de la fuerza / de flujo | Fobias Pérdida de la memoria | El dolor / sangrado durante o después del sexo |
| A falta de visión | Pérdida de apetito - recent | Enfermedad venérea | Mal humor | Número de: |
| Dolor en el ojo | Dificultad para deglutir | Secreción uretral | Pensamientos suicidas | Los embarazos ____ nacidos vivos |

Cuestionario de Salud

| | | | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------------------|---|---|
| Hemorragias nasales - recurrentes | Acidez | Peso - Pérdida - Ganancia-los últimos | Sentimientos de inutilidad | Abortos Involuntarios ____-____ Abortos |
| Sinus problemas | náuseas / vómitos persistentes | La anemia se lastima fácilmente | El alcohol ____oz. por semana | Método de control de natalidad |
| Dolor de garganta - frecuentes | náuseas / vómitos persistentes Dolor abdominal - crónica | Temblor / manos temblorosas | Ilícito de Drogas - Pasado | Pastillas anticonceptivas (nombre) _____ |
| Ronquera prolongada- | Gall problema en la vejiga | Artritis / Reumatismo | - Presente | Los sofocos |
| Fiebre del heno / Alergias | Ictericia | Dificultad para dormir | Café / té al día ____cups | Fecha de la última prueba de Papanicolaou |
| Tos crónica | Diarrea Estreñimiento | Dolores de cabeza - frecuentes | ____ Cigs fumadores / día ____ # Años. | ____ Normal ____ Abnormal |
| Respira con dificultad | Heces sanguinolentas o alquitradas | Entumecimiento / hormigueo | Año salir _____ | Fecha de la última mamografía |
| Dolor de pecho | Hemorroides Hernia | El dolor de espalda - recurrentes | la pérdida del cabello recientes | ____ Normal ____ Abnormal |

| | |
|---------------------------|--|
| Historia Familiar: | Si algún pariente ha padecido alguno de los siguientes - Por favor circule el número e indique qué relativo. |
|---------------------------|--|

| | | | | | |
|----------------|-------------|---------------------------|-----------------------|------------------|--|
| 1. Alcoholismo | 4. Cáncer | 7. Fiebre del heno | 10. Hipertensión | 13. Osteoporosis | |
| 2. Artritis | 5. Diabetes | 8. Enfermedad del corazón | 11. Enfermedad Mental | 14. Golpe | |
| 3. Asma | 6. Glaucoma | 9. High Cholesterol | 12. Migraña | | |

| | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Nombre del paciente: _____ | Fecha de Nacimiento: _____ |
|-----------------------------------|-----------------------------------|