

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	Temblores / manos temblorosas	Uso 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 alquitranadas	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: _____
-----------------------------------	-----------------------------------