

Cuestionario de Salud

Nombre _____ Edad _____ Fecha _____

Médico Familiar _____ Fecha de Nacimiento _____

Favor de contestar las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Puede que sea difícil contestar algunas de estas preguntas y el personal médico le ayudarán cuando le lleven a la sala de examen.

ANTECEDENTES GENERALES:

Queja principal (¿a qué vino?) _____

Lugar/sitio del problema _____

Cualidad del problema (por ejemplo, dolor agudo o sordo) _____

Severidad del problema (por ejemplo, leve, moderado, fuerte) _____

Cuándo y por cuánto tiempo ocurre el problema (por ejemplo, por la noche o por una semana) _____

Contexto (por ejemplo, se hace peor, se hace mejor, recurrente) _____

Factores que lo modifican (cosas que hacen que sea mejor o peor) _____

Síntomas asociados _____

Alergias a algunos medicamentos? Si afirmativo, ¿a cuál(es)? _____

Medicamentos que toma actualmente (inclusive aspirina, medicamentos herbales o sin receta) _____

Lista de problemas médicos: _____

(por ejemplo, asma, _____

Diabetes, etc.) _____

¿Operaciones previas? Si afirmativo, ¿cuál(es)? _____

HISTORIA SOCIAL: Adulto

¿Cuál es su ocupación? _____

Si está jubilado/a, ¿cuál era su ocupación? _____

¿Está usted bajo una cantidad excesiva de estrés? (marque con círculo) Sí No

NACIMIENTO/HISTORIA SOCIAL: Pediatría

	Sí	No	Explique
¿Fue su hijo/a producto de un embarazo y parto normales?			
¿Está su hijo/a bajo cuidado de guardería?			
¿Es que algún familiar fuma en el hogar?			
¿Están al día las inmunizaciones de su hijo/a?			

HISTORIA FAMILIAR:

	Sí	No	Parentesco
¿Tiene su hijo/a familiares que sufran de?			
Diabetes			
Presión de sangre elevada			
Enfermedad cardíaca			
Cáncer			
Pérdida auditiva			
Asma			
Derrame cerebral			
Insuficiencia respiratoria			
Trastornos hemorrágicos			
Complicaciones anestésicas			
Otras enfermedades heredadas			

Favor de completar la cara y el dorso de este cuestionario.

Cuestionario de Salud -- Pediatría

HISTORIA MÉDICA: (favor de hacer comentarios sólo sobre problemas que tenga su hijo/a)

¿Tiene usted:	Sí	No	Explique
Historia de fiebre, pérdida de peso o escalofríos?			
Cambios de vista?			
Problemas auditivos o zumbido en los oídos?			
Historia de exposición al ruido?			
Problemas con oídos, nariz o garganta? (No relacionados con visita de hoy)			
Problemas cardiovasculares? (Dolor de pecho, presión de sangre elevada, soplo cardiaco, ataque cardiaco, etc.)			
Problemas respiratorios? (Respiración sibilante, asma, falta de aliento, enfisema, bronquitis, etc.)			
Problemas gastrointestinales? (heces sanguinolentas, úlceras, acidez estomacal, etc.)			
Problemas genitourinarios? (Sangre en la orina, dolor al orinar, etc.)			
Problemas músculo esqueléticos? (Debilidad muscular, artritis, etc.)			
Problemas neurológicos? (Derrame cerebral, ataques, migrañas, etc.)			
Problemas psiquiátricos? (Depresión, ansiedad, angustia, etc.)			
Problemas endocrinos? (Diabetes, hipotiroidismo, etc.)			
Problemas inmunológicos? (SIDA, inmunodeficiencias, etc.)			
Cáncer?			
Cambios en la piel?			
Problemas hemorrágicos? (Facilidad para amoratarse, sangrado excesivo, etc.)			

Si su médico de cabecera no sabe de alguno de estos problemas, le animamos mucho a que le avise porque estos problemas pudieran poner en peligro su salud. Si no tiene médico de cabecera, le animamos a que obtenga uno.

Use el siguiente espacio para toda inquietud o explicación de salud que requiera espacio adicional.

Firma _____

Favor de completar la cara y el dorso de este cuestionario.