

Nombre del paciente: _____ Fec. Nac.: _____ Núm. cuenta: _____

***** POR FAVOR TRAIGA UNA LISTA COMPLETA DE TODOS SUS MEDICAMENTOS,
O TRAIGA SUS MEDICAMENTOS A SU CITA *****

Antecedentes familiares

¿Alguien en su familia ha tenido alguno de lo siguiente? (Indique quién y no se incluya a sí mismo).

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> Presión arterial elevada | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Otro trastorno de salud mental | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cáncer de colon |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cáncer de mama | <input type="checkbox"/> Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Cáncer de ovario | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad/trastornos del riñón | <input type="checkbox"/> Otro cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Antecedentes sociales

Estado civil: Casado Divorciado Soltero Viudo

Empleo: Tiempo completo Medio tiempo Estudiante Ama de casa Jubilado

¿Qué clase de trabajo hace? _____

¿Usted fuma? Sí No ¿Cuánto de una cajetilla por día? _____ ¿Desde qué edad? _____

Exfumador: Año que dejó de fumar: _____ Edad a la que comenzó: _____

¿Cuánto de una cajetilla por día? _____

¿Fuma cigarrillos electrónicos? Sí No ¿Usa tabaco para mascar? Sí No

¿Toma bebidas alcohólicas? Nunca 0-2/día 2-4/día Más: _____ /día

¿Con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas? 1-2 de vez en cuando Varias en ocasiones

Muchas en ocasiones

¿Toma cafeína? Café Refresco Té Bebidas energéticas ¿Cuántas tazas/latas por día? _____

¿Consume drogas? Sí No Solo en el pasado ¿Cuáles drogas? _____

¿Hace ejercicio con regularidad fuera de su trabajo diario o responsabilidades escolares? Si No

¿Cuántos días a la semana? 1-2 3-4 5-6 Todos los días Ocasional Ninguno

Alergias

Indique cualquier alergia que pueda tener a medicamentos o alimentos:

Antecedentes quirúrgicos

Marque todo lo que corresponda para toda su vida:

- | | | | | | |
|---|---|---|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Muelas del juicio | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Vasectomía |
| <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Cirugía de senos nasales | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas | <input type="checkbox"/> Prótesis articular | |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de rodilla | <input type="checkbox"/> Cirugía de hombro | <input type="checkbox"/> Cirugía de tobillo | <input type="checkbox"/> Cirugía de pie | <input type="checkbox"/> Túnel carpiano | |
| <input type="checkbox"/> Mandíbula | | | | | |

Indique cualquier otra cirugía: _____

Hospitalizaciones

¿Ha estado alguna vez en el hospital durante la noche? (Esto no incluye las visitas a la sala de emergencias).

Sí No

En caso afirmativo, ¿por qué fue hospitalizado? _____

Mantenimiento de la Salud

Hombres: ¿Cuándo fue su último chequeo de próstata? _____

¿Cuándo fue su última prueba de PSA (análisis de sangre para cáncer de próstata)? _____

Mujeres: ¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou? _____

¿Cuándo fue su última mamografía? _____

¿Cuándo fue su último examen de mamas? _____

¿Hace una autoexploración de sus senos con regularidad? Sí No

¿Cuándo recibió su última vacuna antigripal? _____

¿Cuándo recibió su última vacuna antitetánica? _____

¿Ha recibido la vacuna contra COVID-19? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál vacuna? Johnson & Johnson Moderna Pfizer

Si es mayor de 65 años o tiene una enfermedad crónica, ¿cuándo recibió la última vacuna contra la neumonía? _____

Si es mayor de 50 años o tiene antecedentes familiares de cáncer de colon, ¿le han hecho una colonoscopia? Sí No

Revisión de síntomas

Durante las últimas dos semanas, ¿ha tenido o presentado alguno de los siguientes síntomas?

- | | | | | |
|--|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Menstruaciones anormales | <input type="checkbox"/> Dolor lumbar | <input type="checkbox"/> Pérdida del apetito |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Acidez gástrica | <input type="checkbox"/> Secreción vaginal | <input type="checkbox"/> Cambios sensoriales | <input type="checkbox"/> Sed en exceso |
| <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Dolor de estómago | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Diarrea | |
| <input type="checkbox"/> Dolor en piernas con el ejercicio | | | | |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos | <input type="checkbox"/> Dolor en los senos | <input type="checkbox"/> Cambio de peso |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Sarpullido | <input type="checkbox"/> Problemas de visión | <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva | <input type="checkbox"/> Dolor durante el coito |
| <input type="checkbox"/> Bulto en los senos | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Sed en exceso | <input type="checkbox"/> Piel amarilla | |
| <input type="checkbox"/> Heces negras o con aspecto de alquitrán | | | | |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Cambios en un lunar | <input type="checkbox"/> Sangre en las heces | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Inflamación de las articulaciones | <input type="checkbox"/> Cambios sensoriales | |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cambio en los hábitos de orinar | <input type="checkbox"/> Hormigueo/entumecimiento | <input type="checkbox"/> Picazón/ardor vaginal | | |
| <input type="checkbox"/> Inflamación de piernas/tobillos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

Otros proveedores médicos

¿Consulta a otros proveedores médicos en este momento? Sí No En caso afirmativo, indique a continuación:

Asma/alergia, nombre del proveedor: _____

Cardiología, nombre del proveedor: _____

Dermatología, nombre del proveedor: _____

Otorrinolaringólogo, nombre del proveedor: _____

Endocrinología, nombre del proveedor: _____

Cirugía general, nombre del proveedor: _____

Gastroenterología, nombre del proveedor: _____

Nefrología, nombre del proveedor: _____

Neurología, nombre del proveedor: _____

Obstetricia/ginecología, nombre del proveedor: _____

Otra especialidad, nombre del proveedor: _____

Oncología, nombre del proveedor: _____

Oftalmología, nombre del proveedor: _____

Ortopedia, nombre del proveedor: _____

Manejo del dolor, nombre del proveedor: _____

Podología, nombre del proveedor: _____

Neumología/sueño, nombre del proveedor: _____

Reumatología, nombre del proveedor: _____

Urología, nombre del proveedor: _____