



Este cuestionario recolecta información acerca de su estado de salud actual para ayudar al equipo médico con su atención y para ayudarnos a cumplir con los requisitos establecidos por Medicare y otras aseguradoras. Esta información se almacenará electrónicamente y se modificará el formato para su registro médico.

Responda TODAS las preguntas. Complete el/los círculo/s correspondiente/s y escriba con LETRA DE IMPRENTA la información solicitada en los casilleros correspondientes. Se le devolverán todas las preguntas sin respuesta para que las complete antes de su visita al médico. Complete las respuestas con una x en los círculos.

Fecha actual: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Número de registro del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Si algunos de los datos que constan arriba son incorrectos, informe al recepcionista

2. ¿Quién completó este formulario?
- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Usted mismo                   | <input type="radio"/> Tutor |
| <input type="radio"/> Padre                         | <input type="radio"/> Otros |
| <input type="radio"/> Cónyuge/miembro de la familia |                             |

3. ¿Tiene una declaración de voluntad o directivas por adelantado?

- No. No me interesa
- No. Me gustaría recibir más información
- Sí. Si es nuevo o se realizaron cambios, tráigalo a su cita

**A. Información del proveedor de asistencia médica y autorización para divulgar información**

4. ¿Tiene un médico habitual?

- No       Sí. Escriba en letra de imprenta el nombre, cargo, teléfono y domicilio:

Nombre/cargo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_

**B. Medicamentos**

5. Enumere los medicamentos de venta bajo receta y/o de venta libre, incluso vitaminas, suplementos nutricionales, anticonceptivos orales, analgésicos, diuréticos, laxantes, hierbas medicinales y medicamentos para el resfrío que toma actualmente.

- No tomo ningún medicamento

Nombre del medicamento	Concentración de la dosis	Frecuencia de la toma (por ej. 12n por día)	Nombre del medicamento	Concentración de la dosis	Frecuencia de la toma (por ej. 12n por día)

6. Si toma más medicamentos y el espacio suministrado no es suficiente, traiga una lista a su cita.



7. ¿Existen medicamentos que ha utilizado en meses pasados y que ya no toma?  
 No     Sí    **(En caso de ser afirmativo, traiga una lista a su cita)**
8. ¿Ha tomado productos que contienen aspirina en las últimas dos semanas?     No     Sí
9. ¿Ha tomado drogas esteroides o de tipo cortisona en el último año?     No     Sí
10. ¿Ha tomado drogas esteroides o de tipo cortisona en el último año?     No     Sí

### C. Alergias

11. ¿Hay medicamentos que le han provocado reacciones alérgicas o efectos colaterales molestos?  
 No     Sí    **En caso afirmativo, describa en el siguiente espacio. Si necesita más espacio, traiga una lista a su cita)**

Nombre del medicamento	Reacción

12. ¿Ha presentado alguna reacción alérgica a alguno de los siguientes factores? (especifique todas las que correspondan)
- Látex
  - Cinta adhesiva
  - Vacuna contra la gripe
  - Ninguno
  - Picadura de abeja o avispa
  - Iodo o colorante de contraste para rayos X
  - Otros (Discútalos con su proveedor de asistencia médica)
13. ¿Tiene alergia a alguna comida?  
 No     Sí    **(En caso de ser afirmativo, traiga una lista a su cita)**

### D. Revisión de los sistemas

Complete el círculo a la izquierda de cada uno de los síntomas que haya experimentado en los últimos meses. Seleccione "NINGUNO" (al final de la lista) si no ha experimentado ninguno de los síntomas que se nombran en cada grupo

- 14.
- fiebre
  - agrandamiento de las glándulas (ganglios linfáticos)
  - nódulo mamario
  - sarpullido
  - llagas en la piel
  - ronquera
  - hematomas excesivos
  - cambios en un lunar
  - dolores de cabeza importantes
  - convulsiones
  - problemas de dicción
  - aumento de la sed
  - visión doble
  - visión borrosa
  - audición reducida
  - mareos
  - problemas sinusales
  - NINGUNO
15. ¿Padece alguna de las siguientes molestias?
- dificultad para respirar
  - jadeos
  - tos
  - NINGUNO



16. ¿Alguna vez usted:

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="radio"/> "se desmayó" o perdió el conocimiento               | <input type="radio"/> tosió esputo |
| <input type="radio"/> se despertó de noche con dificultad para respirar   | <input type="radio"/> tosió sangre |
| <input type="radio"/> estuvo expuesto a una persona con tuberculosis (TB) | <input type="radio"/> NINGUNO      |

17. ¿Ha experimentado:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> hinchazón anormal en piernas y pies             | <input type="radio"/> dolor de pecho      | <input type="radio"/> ritmo cardíaco irregular |
| <input type="radio"/> dolor en las pantorrillas al caminar            | <input type="radio"/> presión en el pecho | <input type="radio"/> ritmo cardíaco acelerado |
| <input type="radio"/> dificultad conocida con una válvula del corazón | <input type="radio"/> NINGUNO             |  |

18. ¿Ha experimentado:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> dificultad para tragar                | <input type="radio"/> cambios en sus deposiciones               |
| <input type="radio"/> acidez                                | <input type="radio"/> aumento de orina                          |
| <input type="radio"/> náuseas                               | <input type="radio"/> ardor o dolor al orinar                   |
| <input type="radio"/> vómitos                               | <input type="radio"/> dificultad para orinar                    |
| <input type="radio"/> problemas gástricos                   | <input type="radio"/> dificultad para vaciar la vejiga          |
| <input type="radio"/> problemas importantes de constipación | <input type="radio"/> dificultad para vaciar de orina su vejiga |
| <input type="radio"/> problemas importantes de diarrea      | <input type="radio"/> NINGUNO                                   |
| <input type="radio"/> sangre en sus deposiciones            |   |

19. ¿Ha experimentado:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> dolor articular                 | <input type="radio"/> rigidez muscular | <input type="radio"/> dificultad para mover un brazo o una pierna |
| <input type="radio"/> rigidez de las articulaciones   | <input type="radio"/> dolor de espalda |   |
| <input type="radio"/> hinchazón de las articulaciones | <input type="radio"/> rigidez          | <input type="radio"/> NINGUNO                                     |
| <input type="radio"/> dolor muscular en la espalda    |  |   |

20. ¿Ha experimentado:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> aumento de peso de más de 10 libras durante los últimos 10 meses | <input type="radio"/> problemas con ronquido disruptivo |
| <input type="radio"/> pérdida de peso de más de 10 libras durante los últimos 10 meses | <input type="radio"/> problemas para quedarse dormido   |
| <input type="radio"/> NINGUNO  | <input type="radio"/> problemas para permanecer dormido |
|  | <input type="radio"/> apnea del sueño                   |

21. ¿Ha recibido alguna de las siguientes inmunizaciones?

- |   |                          |                          |                               |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> ¿Tétanos/difteria en los últimos 10 años? | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No sabe |
| <input type="radio"/> ¿Gripe en el último año?                  | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No sabe |

**Las preguntas 22 a 24 deben ser completadas ÚNICAMENTE por pacientes femeninas:**

22. ¿Alguna vez ha tenido un papanicolau anormal?  No  Sí  No sabe

23. ¿Ha tenido una histerectomía?  No  Sí



24. ¿Número de embarazos? (marque con un círculo)

1 2 3 4 5 6 7 8 9+

¿Número de nacimientos con vida? (marque con un círculo)

1 2 3 4 5 6 7 8 9+

La pregunta 25 debe ser completada ÚNICAMENTE por pacientes MASCULINOS:

25. ¿Ha tenido una vasectomía?  No  Sí  No sabe

**E. Historial social**

26. ¿Cuántos años de escolaridad ha completado? Registre el máximo nivel alcanzado. (marque con un círculo)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12  
13 14 15 16 17+

27. ¿Está casado actualmente?

No  Sí (En caso afirmativo, indique el empleo actual del cónyuge: )  
 Jubilado  Desempleado  Empleado  Otros

28. ¿Estuvo:

Divorciado  Viudo/viuda en los últimos años?  No  Sí

29. ¿Cuál es su estado de empleo actual?

Ocupación: \_\_\_\_\_

Jubilado  Desempleado  Empleado  Otros (ama de casa, estudiante, voluntario, etc.)

30. ¿Es discapacitado?

No  Sí

**F. Revisión de la sustancia**

31. Alcohol  NINGUNO

	Número de días por semana		Número de paquetes por día			Número de años que se utilizó			
	0-2	3-7	1-2	3-4	5-10+	1-3	4-6	7-10	10+
Uso actual	0-2	3-7	1-2	3-4	5-10+	1-3	4-6	7-10	10+
Uso previo	0-2	3-7	1-2	3-4					

32. Cigarrillos  NINGUNO

	Número de días por semana		Número de paquetes por día			Número de años que se utilizó			
	0-2	3-7	1-2	3-4	5-10+	1-3	4-6	7-10	10+
Uso actual	0-2	3-7	1-2	3-4	5-10+	1-3	4-6	7-10	10+
Uso previo	0-2	3-7	1-2	3-4					

33. Otros productos con tabaco  NINGUNO

Número de años que se utilizó	1-5	6-10	11-15	16-30	30+
Pipa					
Cigarros					



Tabaco sin humo/de mascar					
---------------------------	--	--	--	--	--

**G. Cuidado propio/Evaluación ambiental del hogar**

34. ¿Cuál es su alojamiento actual?  
 Casa       Departamento       Asilo de ancianos/vivienda asistida       Otros
35. ¿Con quién vive?  
 Solo       Con un cónyuge/miembro de la familia       Con otros
36. ¿Tiene amigos o miembros de su familia que puedan brindarle asistencia con sus necesidades en el hogar si alguna vez necesita dicha asistencia?  
 No       Sí

**H. Historial médico pasado**

37. ¿Alguna vez ha viajado o vivido fuera de los Estados Unidos o Canadá?  
 No sabe       No       Sí
38. ¿Alguna vez recibió una transfusión de sangre?  
 No sabe       No       Sí **(En caso afirmativo, marque todas las que correspondan)**  
 Antes de 1980       1980-1990       Después de 1990

**Señale si alguna vez solicitó asistencia médica o tuvo un problema médico o una cirugía relacionados con cada una de las siguientes opciones. Indique “Sin problemas” cuando corresponda. Pueden corresponder más de una respuesta.**

	SIN PROBLEMAS	PROBLEMA MÉDICO	CIRUGÍA
Ojos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oídos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nariz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amígdalas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glándula tiroides y paratiroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arterias (corazón, brazos, piernas, aorta, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Venas o coágulos en las venas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas cardíacos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ataque cardíaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Válvulas del corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ritmo cardíaco anormal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reducción de las arterias coronarias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulmones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esófago (tubo digestivo o alimenticio)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estómago (úlceras)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DVT (Coágulos en los pulmones/piernas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HTN (Hipertensión/presión arterial alta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma/EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intestino (intestino grueso o delgado, recto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apéndice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ganglios linfáticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hígado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vesícula biliar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Páncreas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hernia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Riñones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vejiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huesos (qué tipo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Articulaciones (qué articulaciones)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Músculos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espalda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuello	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Columna vertebral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cerebral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mamas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mujeres:	Útero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ovarios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Trompas de Falopio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Histerectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombres	Próstata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Pene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Testículos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Vasectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sin Problemas

Problema

Cirugia

Medico



**I. Historial personal y familiar**

39. ¿Es usted adoptado/a?       No       Sí

40. Si lo sabe, complete la siguiente información sobre sus parientes consanguíneos (incluya los hijos).

**Padre**

No sabe

Vivo

Fallecido – Edad del deceso

Menos de 30

51-60

30-40

61-70

41-50

Más de 70

**Madre**

No sabe

Viva

Fallecida – Edad del deceso

Menos de 30

51-60

30-40

61-70

41-50

Más de 70

**Hermanos**

0      1      2      3      4      5      6      7+      No sabe

Número de hermanos vivos:

Número de hermanos fallecidos

**Hermanas**

0      1      2      3      4      5      6      7+      No sabe

Número de hermanas vivas:

Número de hermanas fallecidas

**Hijos varones**

0      1      2      3      4      5      6      7+      No sabe

Número de hijos varones vivos:

Número de hijos varones fallecidos

**Hijas mujeres**

0      1      2      3      4      5      6      7+      No sabe

Número de hijas mujeres vivas:

Número de hijas mujeres fallecidas

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Médico

\_\_\_\_\_  
Fecha