



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)





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? | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No sabe |
| 23. ¿Ha tenido una histerectomía?                 | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí |                               |





**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"/>	<input type="radio"/>
Ovarios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trompas de Falopio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Histerectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombres			
Próstata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Testículos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vasectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

