

CUESTIONARIO DE HISTORIAL GENERAL DE SALUD (Visita inicial)

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **FECHA:** _____

I. HISTORIA MÉDICA ACTUAL Y PASADA

Por favor marque con una (X) cualquiera de las siguientes enfermedades y problemas médicos que tenga o haya tenido e indique el año en que comenzó cada uno.

Si no está seguro cuándo comenzó una enfermedad, escriba un año aproximado.

<u>Enfermedad</u>	(x)	(Año)	<u>Enfermedad</u>	(x)	(Año)
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	_____	Hemorroides	<input type="checkbox"/>	_____
Sordera o disminución de la audición	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedades renales o de la vejiga	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	_____	Cálculos renales	<input type="checkbox"/>	_____
Enfisema	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de la próstata (solo para hombres)	<input type="checkbox"/>	_____
Neumonía	<input type="checkbox"/>	_____	Depresión	<input type="checkbox"/>	_____
Alergias o fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	_____	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	_____
Asma	<input type="checkbox"/>	_____	Traumatismo craneal	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	_____	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	_____
Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	_____	Convulsiones, ataques epilépticos	<input type="checkbox"/>	_____
Otros problemas pulmonares	<input type="checkbox"/>	_____	Artritis	<input type="checkbox"/>	_____
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	_____	Gota	<input type="checkbox"/>	_____
Infarto	<input type="checkbox"/>	_____	Cáncer	<input type="checkbox"/>	Tipo: _____
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	_____	Tumor benigno	<input type="checkbox"/>	Tipo: _____
Úlcera estomacal / duodenal	<input type="checkbox"/>	_____	Tendencia a hemorragias	<input type="checkbox"/>	_____
Diverticulosis	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes	<input type="checkbox"/>	_____
Colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/>	_____	Reacción alérgica potencialmente mortal	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis / Ictericia	<input type="checkbox"/>	_____	Ansiedad/ Ataques de pánico	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas del hígado	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad del intestino irritable	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	_____	Anemia	<input type="checkbox"/>	_____
Hernia	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de la piel	<input type="checkbox"/>	_____
Bultos en las mamas o Enfermedad fibroquística	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	_____

II. HOSPITALIZACIONES Y CIRUGÍAS ANTERIORES

OPERACIONES	MES Y AÑO	TIPO
HOSPITALIZACIÓN QUE NO FUERA	MES Y AÑO	MOTIVO

III. MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE

<u>MEDICAMENTO</u>	<u>DOSIS</u>	<u>¿CADA CUÁNTO LO TOMA?</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

IV. REACCIONES ALÉRGICAS A MEDICAMENTOS

TIPO DE MEDICAMENTO

TIPO DE REACCIÓN

_____	_____
_____	_____
_____	_____

V. HISTORIAL MENSTRUAL (SOLO PARA MUJERES)

Fecha del último período _____ ¿Es regular? O Sí / O No
Cantidad de embarazos _____ Nacidos vivos _____
Abortos espontáneos _____
Abortos _____

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Algún pariente consanguíneo ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? - por favor indique cuál pariente.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> EPILEPSIA _____ | <input type="checkbox"/> ARTRITIS _____ | <input type="checkbox"/> FIEBRE DEL HENO _____ |
| <input type="checkbox"/> MIGRAÑAS _____ | <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES RENALES _____ | <input type="checkbox"/> CÁNCER _____ |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES MENTALES _____ | <input type="checkbox"/> ALCOHOLISMO _____ | <input type="checkbox"/> DERRAME CEREBRAL _____ |
| <input type="checkbox"/> GLAUCOMA _____ | <input type="checkbox"/> DROGADICCIÓN _____ | <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN _____ |
| <input type="checkbox"/> DIABETES _____ | <input type="checkbox"/> DEPRESIÓN _____ | <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES CARDÍACAS _____ |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE TIROIDES _____ | <input type="checkbox"/> ASMA _____ | <input type="checkbox"/> OTRA _____ |

VII. FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD (Marque los que correspondan)

- Fumar: ¿Cuántos paquetes por día? _____ ¿Durante cuántos años? _____ Si dejó de fumar, ¿en qué año lo hizo? _____
- Consumo de alcohol: ¿Qué tipo de alcohol consume? _____ ¿Cuánto toma por semana? _____ ¿Por día? _____
- Consumo de drogas
- Factores de riesgo de VIH (Transfusiones de sangre, hemofilia, historial de uso de drogas intravenosas, comportamiento sexual de alto riesgo)
- Aumento significativo de peso
- Estilo de vida sedentario
- Otro _____

VIII. OTROS

- Si no tiene actualmente una relación mutuamente monógama, ¿utiliza preservativos de forma habitual? _____
- (Solo mujeres) ¿Se examina los pechos cada mes? _____
- ¿Usa el cinturón de seguridad de forma habitual? _____
- Si es sexualmente activa y no está planeando un embarazo, ¿utiliza algún método anticonceptivo? ¿Cuál?

_____, M.D.
FIRMA DEL PACIENTE REVISADO

CORREO ELECTRÓNICO DEL PACIENTE