

CUESTIONARIO DE SALUD

Nombre legal (Primer, Segundo, Apellido): _____ Sufijo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Por favor compruebe los elementos que se han producido recientemente, o con frecuencia en el pasado.

A. General

Círculo el año más alto alcanzado en la escuela 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5+

Escuela Primaria Secundaria Universidad

___ Enfermedad o fallecimiento reciente en la familia

___ Cualquier cambio reciente en peso

___ Fiebre recurrente o escalofríos

B. Cabeza y Ojos

___ Dolores de cabeza con más frecuencia que una vez por semana

___ Vista es afectada por dolores de cabeza

___ Desmayos

___ Lesión en la cabeza

___ Mareos

___ Punto ciego o ceguera

___ Visión doble o borrosa

___ Dolor en los ojos

___ Disminución de la visión

___ Ver halo de color alrededor de las luces

E. Cardíaca (Corazón)

___ Duerme con más de una almohada

___ Dolor del pecho

___ Inflamación de los tobillos

___ Latidos rápidos o irregulares del corazón

___ Medicación previa para problemas del corazón

___ Pasado soplo cardíaco

___ Pasado ataque del corazón

___ Dolor en las piernas mientras camina

___ Presión arterial alta o baja

C. Orejas, Nariz, y Garganta

___ Cambio reciente en audición

___ Drenaje de los oídos

___ Sonido o zumbido de los oídos

___ Resfriados de cabeza con mayor frecuencia de dos veces al mes

___ Sangrado nasal sin motivo aparente

___ Goteo nasal cuando tiene un resfriado

___ Problemas de sinusitis

___ Ronquera sin un resfriado

___ Bultos o hinchazón en el cuello

___ Dificultad para tragar

___ Cambio de voz

___ Alargamiento de la tiroide

F. Gastrointestinal (Estomago)

___ Indigestión o acidez estomacal

___ Dolor de estomago

___ Vomitar sangre

___ Dificultad para tragar

___ Deposiciones negras o sangrientas

___ Cambio reciente en deposiciones

___ Estreñimiento frecuente

___ Dolor o sangrado rectal

___ Intolerancia de alimentos fritos o grasosos

___ Hepatitis

___ Ictericia o coloración amarillenta de la piel

___ Historia de enfermedad de úlcera

D. Respiratorio (Pulmones)

___ Tos frecuente

___ Tos con esta saliva
(Color: _____, cantidad por día: _____)

___ Tos con sangre

___ Resfriados de pecho más frecuente que dos veces en el invierno

___ Falta de aire después de caminar _____ tramos de escaleras

___ Asma

___ Sudores nocturnos

___ Exposición a la tuberculosis o antecedentes de TB

___ Fiebre de heno

G. Urinaria

___ Orinar con frecuencia durante la noche

___ Dolor o ardor al orinar

___ Sangre en la orina

___ Pérdida de control de la vejiga

___ Orinar con frecuencia durante el día (mas de 5-6 veces)

___ Historia de cálculos renales

H. Piel

___ Forúnculos

___ Manchas negras y azules sin lesiones

___ Cortes difíciles de sanar

___ Lunares de colores que han cambiado recientemente

___ Erupción persistente

I. Endocrino (Glándulas)

- Pérdida de peso a pesar de buen apetito
- Pérdida de cabello inusual
- Constantemente sediento
- Aumento de peso reciente
- Antojo de alimentos dulces
- Intolerancia de habitaciones calientes o frías

J. Musculoskeletal

- La gota
- Rigidez o dolor de las articulaciones
- Artritis
- Parálisis o debilidad
- Dolor de espalda
- Cualquier discapacidad del cuerpo o deformidad
- Más de una pulgada más bajo que a los 25 años de edad

K. Neuropsiquiátrico

- Cambio en el habla
- Perdió la noción de los pensamientos
- Incapaz de expresar pensamientos o sentimientos
- Entumecimiento persistente u hormigueo
- Problemas para coordinar
- Perdida de memoria
- Dificultad con palabras
- Frecuentemente enfermo
- Con miedo de estar solo
- Dificultad al hacer decisiones
- Anteriormente tuvo un ataque de nervios
- Pérdida de apetito
- Descontento con el empleo
- Lloro frecuentemente
- Dificultad para quedarse dormido
- Tener a menudo períodos de agotamiento completo
- Frecuentemente cansado o agotado en la mañana
- Dolores y molestias severas hacen imposible el trabaj
- Me siento infeliz y deprimido
- La vida se ve completamente sin esperanza
- Deseo que estuviera muerto y lejos de todo

- Calambres u convulsiones
- Pérdida de interés sexual
- Presentemente bajo tension
- Pérdida de interés en la casa y familia
- Alguna vez ha tenido consejería o la asistencia psiquiátrica

L. Solo Mujeres

- Número de embarazos: _____
- Nacidos muertos: _____, Malparto: _____,
- Bebes prematuros: _____
- _____ Actualmente en las píldoras anticonceptivas u hormonas
- _____ Problemas con embarazo
- Describir: _____
- _____ Bebés que pesaron nueve libras al nacer
- _____ Sangrado entre períodos o después del sexo
- _____ No tener períodos ahora
- Fecha de su último periodo: _____
- _____ Secreción vaginal excesiva
- _____ Bulto o dolor en los senos
- _____ Dolor severo con los periodos

M. Solo Hombres

- _____ Dificultad al empezar a orinar
- _____ Reducida del chorro urinario
- _____ Cáncer o tumor de la próstata
- _____ Bultos o llagas en el pene o la secreción del pene
- _____ Pérdida de la capacidad o la naturaleza sexual
- _____ Ruptura
- _____ Testículos agrandados, inflamados, sensibles, o duros
- _____ El doctor dijo que la próstata está agrandada

Liste otras cosas acerca de su salud que usted desea que el doctor sepa:

Comentarios de elementos seleccionados:

Firma del Paciente (o Guardián Legal)

Fecha