

**Cuestionario de historial de salud:**

Inicial     Anual

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Número de teléfono alternativo \_\_\_\_\_

Farmacia preferida \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la farmacia \_\_\_\_\_

Describa qué problema o inquietud lo trajo a nuestra oficina hoy:

Principalmente para establecer cuidados     Otro (describa brevemente: \_\_\_\_\_)

**Necesidades especiales de comunicación: requiere actualización anual**

Preferencia de idioma: \_\_\_\_\_

Si responde "sí" a cualquiera de las preguntas siguientes, ¿cómo podemos ayudarlo?

Discapacidad visual	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Deterioro cognitivo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
La discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Discapacidad sensorial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Discapacidad del habla	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otro:	

**Historial de salud personal**

Verifique problemas o condiciones pasados o actuales

Condición	Condición
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Golpe
<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco o angina	<input type="checkbox"/> Problema de próstata
<input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco irregular	<input type="checkbox"/> Problema de mama
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Infecciones del tracto urinario
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Osteoartritis
<input type="checkbox"/> Enfisema o bronquitis crónica	<input type="checkbox"/> Cáncer (indique el tipo)
<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Problema de tiroides
<input type="checkbox"/> Enfermedad por reflujo gastroesofágico	<input type="checkbox"/> Desorden sangrante
<input type="checkbox"/> Úlcera de estómago	<input type="checkbox"/> Problemas de adicción
<input type="checkbox"/> Problemas renales	<input type="checkbox"/> Depresión o ansiedad
<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática / hepatitis	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental
<input type="checkbox"/> Cáncer de colon	<input type="checkbox"/> Otro (por favor describa)
<input type="checkbox"/> Problema intestinal / digestivo	

**Procedimientos quirúrgicos anteriores**

Compruebe si has tenido alguno de los siguientes

Procedimiento	Año
<input type="checkbox"/> Cirugía de corazón	
<input type="checkbox"/> Cirugía de la arteria carótida	
<input type="checkbox"/> Cirugía vascular	
<input type="checkbox"/> Reparación de aneurismas abdominales	
<input type="checkbox"/> Histerectomía	
<input type="checkbox"/> Vesícula biliar extraída	
<input type="checkbox"/> Apéndice eliminado	
<input type="checkbox"/> Amigdalectomía	
<input type="checkbox"/> Reemplazo de la articulación	
<input type="checkbox"/> Cirugía de cáncer de pecho	
<input type="checkbox"/> Cirugía de cáncer de próstata	
<input type="checkbox"/> Hernia	
<input type="checkbox"/> Pacificador	
<input type="checkbox"/> Otro (por favor describa)	

Sin cambios desde el año anterior

**Proveedores Especializados: Requiere Actualización Anual**

Para que podamos coordinar mejor su atención, pon los proveedores médicos que ve fuera de esta práctica y el año en que los vio por última vez.

<input type="checkbox"/> Oculista	<input type="checkbox"/> Nefrólogo
<input type="checkbox"/> Cardiólogo	<input type="checkbox"/> Psiquiatra
<input type="checkbox"/> Oncólogo	<input type="checkbox"/> Alergólogo
<input type="checkbox"/> Urólogo / Ginecólogo	<input type="checkbox"/> Vascular
<input type="checkbox"/> Gastroenterólogo	<input type="checkbox"/> Neumólogo
<input type="checkbox"/> Endocrinólogo	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> No hay nuevas visitas a especialistas desde el año anterior	

Enumere todos los medicamentos nuevos recetados por especialistas o proveedores que no sean su Primario. Incluya nombre, dosis y frecuencia.


Es muy importante que tome los medicamentos que le ha dado su profesional de la salud. Marque cualquiera de los siguientes.

¿No puede surtir su (s) receta (s) debido al costo?  Si  No

¿Puede surtir sus recetas debido a la falta de transporte?  Si  No

¿Ha solicitado alguna vez asistencia de farmacia?  Si  No

**Alergias**

Indique cualquier alergia a medicamentos o alimentos.


**Historia de Familia**

Relación	Viviendo Si o No	Edad	¿Problemas médicos importantes y / o causa de muerte?
Padre			
Madre			
Hermanos/Hermanas			
Hijos/Hijas			

Específicamente, ¿alguno de sus familiares ha tenido las siguientes condiciones?

Condición	Relativo	Condición	Relativo
o Enfermedad mental		o Dependencia química	

**Historia social: inicial**

**Encierre en un círculo las respuestas apropiadas y proporcione explicaciones cuando corresponda**

Estado civil:  Soltero/a     Casado/a     Divorciado /a     Viudo/a     Compañero/a de vida

Nivel de educación:  No se graduó  Escuela secundaria  Universidad  Licenciatura  Maestría o superior

Preocupaciones laborales:  Estrés  Sustancias peligrosas  Levantamiento pesado  Transporte

Qué tan estresante calificaría su situación de vida actual: (Marque el número)

No muy estresante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10    Muy estresante

¿Teme por su seguridad en su situación de vida actual?

No     Si    En caso afirmativo, describa a continuación:

¿Existen preocupaciones financieras que afecten su capacidad? 1) De ir al doctor  No     Si    Si es así, describa:

2) para obtener comida y refugio  No     Si    Si es así, describa:

¿Hay algún factor religioso o cultural que le gustaría que tuviéramos en cuenta al planificar su atención médica?  No   

Si    Si es así, describa:

**Preocupaciones de salud actuales**

**Compruebe los problemas o condiciones que está experimentando ACTUALMENTE**

<input type="checkbox"/> Dolor de seno (s)	<input type="checkbox"/> Sangrado rectal	<input type="checkbox"/> Dolor de ojo	<input type="checkbox"/> Nerviosismo
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Heces negras / alquitranadas	<input type="checkbox"/> Pérdida de visión	<input type="checkbox"/> Dolor en los testículos
<input type="checkbox"/> Sibilancias	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Visión doble	<input type="checkbox"/> Pérdida de libido
<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Aumento de peso	<input type="checkbox"/> Pérdida de memoria	<input type="checkbox"/> Impotencia
<input type="checkbox"/> Tos con sangre	<input type="checkbox"/> Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/> Dolor en los senos
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Dolor de oídos	<input type="checkbox"/> Descarga en los senos
<input type="checkbox"/> Congestión nasal	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Hemorragias nasales	<input type="checkbox"/> Otros (por favor describa abajo)
<input type="checkbox"/> Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Ronquera	
<input type="checkbox"/> Latido rápido	<input type="checkbox"/> Dolor al orinar	<input type="checkbox"/> Sangrado fácil	
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Moretones con facilidad	
<input type="checkbox"/> Presión arterial bajo	<input type="checkbox"/> Frecuencia de la orina	<input type="checkbox"/> Sarpullido	
<input type="checkbox"/> Aturdimiento	<input type="checkbox"/> Disminución del flujo de orina.	<input type="checkbox"/> Cambios en el lunar	<b>Mujeres: complete</b>
<input type="checkbox"/> Mareos / desmayos	<input type="checkbox"/> Pérdida de orina	<input type="checkbox"/> Llagas que no sanan	Flujo menstrual: <input type="checkbox"/> Reg. <input type="checkbox"/> Irreg. <input type="checkbox"/> Dolor / calambres
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Fatiga / letargo	Días de flujo ___ Duración del ciclo ___
<input type="checkbox"/> Acidez de estómago	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> Insomnio	1er día del último período _____
<input type="checkbox"/> Indigestión	<input type="checkbox"/> Pérdida de fuerza	<input type="checkbox"/> Olvido	<input type="checkbox"/> Dolor o sangrado después del sexo
<input type="checkbox"/> Hinchazón del tobillo	<input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio	<input type="checkbox"/> Depresión	Número de embarazos ___
<input type="checkbox"/> Náuseas	<b>Dolor, debilidad o entumecimiento en</b>		Abortos espontáneos ___
<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Brazos	<input type="checkbox"/> Caderas	<input type="checkbox"/> Espalda
<input type="checkbox"/> Vomitar sangre	<input type="checkbox"/> Piernas	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Hombro
<input type="checkbox"/> Cambio en los hábitos intestinales	<input type="checkbox"/> Manos	<input type="checkbox"/> Pies	Método anticonceptivo _____

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Proveedor revisado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Exámenes de salud preventivos

Inicial  Anual

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

# de teléfono \_\_\_\_\_

# de teléfono alternativo \_\_\_\_\_

Farmacia preferida \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la farmacia \_\_\_\_\_

Describe qué problema o inquietud lo trajo a nuestra oficina hoy:

### Cuestionario de alfabetización en salud:

Es realmente importante para su proveedor que comprenda la información relacionada con su salud. Califique las siguientes preguntas en una escala del 1 al 10; 1 totalmente en desacuerdo y 10 totalmente de acuerdo

Siento que tengo un conocimiento profundo de las instrucciones que me dan mis doctores y enfermeras sobre mi salud	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Siento que recuerdo las instrucciones que me dieron en el consultorio de mi médico cuando llego a casa	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Siento que tengo un gran conocimiento del lenguaje médico	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Mantenimiento de la salud:

Verifique si ha tenido los siguientes servicios preventivos e ingrese el año del servicio.

Vacunas	Año	Examin	Año
Vacuna contra el tétanos / Tdap <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Papanicolaou / pélvico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Vacuna contra la neumonía <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Mamografía <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Vacuna contra la influenza <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Gammagrafía ósea dextera <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Vacuna contra la culebrilla <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Colonoscopia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		Prueba de próstata <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Vacunas adicionales tomadas desde el año anterior <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		En caso que si, indique el nombre y la fecha de la vacuna:	

### Comportamientos de salud: Requiere actualización anual para mayores de 11 años

consumo de tabaco: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Paro (Cuando) _____ <input type="checkbox"/> Actual fumador	
Si es fumador actual, cuántos paquetes por día durante cuántos años _____	
Consumo de alcohol: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si es así, cuántas bebidas / con qué frecuencia _____	
Uso de drogas ilícitas (incluyendo marihuana, cocaína, esteroides): <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> Actual	
Si ha consumido drogas en el pasado o en la actualidad, describa:	
Exposición al humo de segunda mano <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Usa el cinturón de seguridad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Consuma una dieta rica en frutas y verduras. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ver a un dentista al menos una vez al año <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Haga 30 minutos de ejercicio 5 veces a la semana <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Usar protector solar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**Evaluación de incontinencia urinaria: requiere actualización anual para personas de 65 años o más**

¿Experimenta fugas en las siguientes situaciones?

	No siempre	Un poco	A veces	Mucho
Durante las actividades diarias (trabajo, tareas del hogar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante actividades físicas (caminar, nadar o otro ejercicio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante actividades recreativas (películas, pasatiempos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante actividades sociales (salir con amigos, visitas familiares)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante los viajes en coche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Detección de riesgo de caídas: requiere actualización anual para personas de 65 años o más**

¿En los últimos 12 meses te has caído?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro		
Si es así, ¿cuántas veces?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5+
¿Se lesionó como resultado de esta caída?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro		

**Evaluación funcional: requiere actualización anual para personas mayores de 65 años**

¿Necesita ayuda en las siguientes áreas?

	No siempre	Un poco	A veces	Mucho
Bañarse, vestirse y arreglarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades diarias (cocinar, limpiar otras tareas del hogar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar o conducir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicar necesidades y sentimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entender las direcciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumplir con las citas, tomar medicamentos y realizar otros tratamientos médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo a alguna de estas preguntas, ¿quién ayuda con estas actividades?				

**Evaluación del estado de ánimo: requiere una actualización anual para mayores de 11 años**

El estado de ánimo de una persona puede tener una gran influencia en su estado de salud y bienestar general. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

Poco interés o placer en hacer cosas.	Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza
<input type="checkbox"/> Para nada	<input type="checkbox"/> Para nada
<input type="checkbox"/> Varios días	<input type="checkbox"/> Varios días
<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días
<input type="checkbox"/> Casi todos los días	<input type="checkbox"/> Casi todos los días

**Historial social: requiere actualización anual**

Encierre en un círculo las respuestas apropiadas y proporcione explicaciones cuando corresponda

¿Qué tan estresante calificaría su situación laboral? (Circulo el numero)

No muy estresante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy estresante

Preocupaciones laborales:  Estrés       Sustancias peligrosas  Levantamiento pesado  Transporte

¿Ha tenido cambios en su estado civil?  No    Si   En caso afirmativo, describa a continuación:

¿Qué tan estresante calificaría su situación de vida actual?

No muy estresante   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10      Muy estresante

¿Teme por su seguridad en su situación de vida actual?  No    Si   Si es así, describa:

¿Existen preocupaciones económicas que afecten su capacidad: 1) para ir al médico  No    Si   Si es así, describa:  
2) para obtener comida y refugio  No    Si   Si es así, describa:

¿Hay algún factor religioso o cultural que le gustaría que tuviéramos en cuenta al planificar su atención médica?

No    Si   Si es así, describa:

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Proveedor revisado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_