**Cuestionario de Salud Clínico**

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

Proveedor de atención primaria anterior: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ última visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Historia social:***

Estado civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uso del tabaco (marque): Nunca Anterior Corriente

Cafeína: (tipo/cantidad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al día. Cuántas horas duermes \_\_\_\_\_\_\_\_/per noche.

Alcohol/uso recreacional de la droga: Tipo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frecuencia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dieta especial: \_ \_ \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frecuencia del ejercicio: \_ \_ \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tienes un testamento de vida/directiva avanzada: Sí No Preocupaciones con respecto al abuso: Sí No

***Historial clínico:***

**¿le han diagnosticado alguna vez con:**

Anemia Artritis Asma enfisema pulmonar Desorden de Sangrado Diabetes

Acidez Estomacal Hepatitis Migrañas Convulsiones Derrame Cerebral Bipolar

Presión de arterial alta post trauma Ansiedad Depresión Alergias estacionales hiperactividad

Enfermedades de: Corazón Riñón Hígado Tiroides Tracto gastrointestinal Piel

Sistema inmunológico Alcohol/drogadicción Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha tenido cirugías/a o ha estado hospitalizado/a? Si No Cuando: Mes \_\_\_\_\_\_ Día\_\_\_\_\_ Año\_\_\_\_\_\_

Indique la razón:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Salud de la mujer:** ¿está embarazada? Sí No Edad del primer período?\_\_\_\_\_\_\_ ¿Períodos regulares? Sí No

Fecha del último período menstrual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Forma actual de anticonceptivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historial familiar:** (Por favor circule cualquier miembro de la familia con cualquiera de las siguientes condiciones)

Cáncer: Derrame Cerebral: Enfermedad mental:

Presión arterial alta: Enfermedades cardíacas: Diabetes:

Asma: Otros:

**Cuidados preventivos/inmunizaciones:** Lista Más recientes: Examen físico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Análisis de sangre:\_\_\_\_\_\_

Examen dental: examen ocular \_\_\_\_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_\_\_\_ Colonoscopia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dexa Scan: \_\_\_\_\_\_\_\_

Mamografía: \_\_\_\_\_\_\_\_ Citología vaginal: \_\_\_\_\_\_ Vacuna contra la gripe: \_\_\_\_\_\_ Vacuna de neumonía:\_\_\_\_\_\_

Vacuna contra el tétanos: \_\_\_\_\_\_\_\_ Zóster (culebrilla): \_\_\_\_\_\_\_\_ Hepatitis A/B: \_\_\_\_\_\_\_\_ HPV: \_\_\_\_\_\_

**Medicamentos:** Incluya prescripción y no prescripción, inhaladores, vitaminas, etc.

Medicación: Dosis / Tiempos por día: Para qué: Prescrito por:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Farmacia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Alergias a medicamentos:** Ninguno Sí: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Síntomas/Preocupaciones que tiene hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Especialistas Involucrados en su cuidado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Revisión de sistemas: Por favor marque cualquier síntoma que esté teniendo actualmente.**

**General:**

Fatiga

Pérdida de peso inexplicable

**Alérgico/inmunológico:**

Alergias estacionales

**Endocrino:**

Intolerancia al frío/calor

Exceso de crecimiento del vello, pérdida de pello

Exceso de sed/orina

Exceso de orina

**Ojos, orejas, nariz, garganta:**

Pérdida auditiva

Problemas dentales

**Corazón/Circulación:**

Dolor torácico

Palpitaciones

Hinchazón de las piernas/pies

**Gastrointestinal:**

Dificultad para pasar comida

Acidez/dolor abdominal

Náuseas, vómitos

Diarrea/Estreñimiento

Excremento color negro

**Genitourinario:**

Orinar dolorosa

Orina de color oscuro

Sangre en la orina

Frecuencia aumentada

**Heme/linfático:**

Tendencias hemorrágicas

Hematomas fáciles

**Musculoesquelético:**

Dolor articular

Atrás /Cuello Dolor

Debilidad muscular

**Neurológico:**

Visión borrosa

Dolor

Mareos

Entumecimiento

**Respiratorio:**

Tos crónica

Ronquera

Dificultad respiratoria

Silbido

**Psiquiátrico:**

Ansiedad

Depresión

Pensamientos suicidas

**Piel:**

Erupción

Picazón

Sarpullido

**Tiene dolor:**

Ubicación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuando empezó: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo has tratado su dolor?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_