



## MERCED FACULTY ASSOCIATES CUESTIONARIO DE HISTORIA DE SALUD

Sus respuestas ayudaran a su proveedor entender mejor sus problemas medicos y condiciones. Si no puede recordar en detalle , por favor aproxime. Agregue notas donde usted piense que es importante. **Todas las preguntas en este formulario se mantendrá totalmente confidenciales.**

Rason por su visita hoy: \_\_\_\_\_ Otras precupaciones: \_\_\_\_\_

<b>MEDICAMENTOS ACTUALES – Por favor liste sus medicamentos actuales. Si no esta tomando ningun medicamento, por favor marque el cuadro “Ninguno”</b> <input type="checkbox"/> Ninguno		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
<b>MEDICAMENTOS/ALERGIA O SENSIBILIDAD</b> Liste los medicamentos a los que es alergico: <input type="checkbox"/> Ninguno		
1.		
2.		
<b>SUS PROVEEDORES – Por favor liste los proveedores que mira en la comunidad.</b>		
1.		
2.		
<b>FARMACIAS – liste la direcion y el numero de telefono para la farmacia, sea local o si recibe sus medicamentos por correo.</b>		
1.		
2.		
<b>HISTORIA MEDICA – Por favor marque el cuadro solamente si a tenido o experimentado estos síntomas o problemas médicos.</b> Si no a tenido ninguno, por favor marque el cuadro a la derecha. <input type="checkbox"/> Ninguno		
<input type="checkbox"/> Dolor Abdominal	<input type="checkbox"/> Transtorno de desarrollo/comportamiento	<input type="checkbox"/> Hinchazon de las piernas
<input type="checkbox"/> ADD or ADHD	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Hgado
<input type="checkbox"/> Alergias, (Temporada)	<input type="checkbox"/> Thrombosis profundo de venas/embolio pulmonar	<input type="checkbox"/> Perdida de Memoria/Conciencia
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Problemas de audicion/oido	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los Pulmones/Pulmonia
<input type="checkbox"/> Complicaciones de Anestesia	<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Enfermedad Mental
<input type="checkbox"/> Transtorno de Ansiedad	<input type="checkbox"/> Cansancio	<input type="checkbox"/> Problemas de Huesos,articulaciones o huesos
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia
<input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento o enfermedades hereditarias	<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor o frio	<input type="checkbox"/> Problemas Sexuales
<input type="checkbox"/> Problemas de rinon o vejiga	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon	<input type="checkbox"/> Falta de respiracion
<input type="checkbox"/> Tendecia de hemorragia	<input type="checkbox"/> Mormullo de Corazon	<input type="checkbox"/> Problemas de la Piel
<input type="checkbox"/> Sangre en excremento	<input type="checkbox"/> Palpitaciones del Corazon	<input type="checkbox"/> Embolio Cerebral/Ataque Isquemico Transitorio
<input type="checkbox"/> Transfucion de Sangre	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Pensamiento de Suicidio
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Alta Presion	<input type="checkbox"/> Problemas de Tiroide
<input type="checkbox"/> Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Enfermedades o lesions traumaticas
<input type="checkbox"/> Viruela	<input type="checkbox"/> A sido Hospitalizada(o)	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Fiebre constante/Escalofrio	<input type="checkbox"/> A Lastimado a Otros	<input type="checkbox"/> Ulcera o otros problemas gastrointestinales
<input type="checkbox"/> Estrenimiento	<input type="checkbox"/> Incontinencia	<input type="checkbox"/> Fiebre de el Valle
<input type="checkbox"/> Deprecion	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los Rinones	<input type="checkbox"/> Vision o problem de los ojos

<b>MANTENIMIENTO DE LA SALUD (PASADO) - Por favor marque el cuadro si a tenido este examen. Ponga la fecha Mes/Año y si el resultado fue Normal o Anormal</b>		
Nombre de Examen	Fecha	Resultado
<input type="checkbox"/> Analisis de Densidad de los Huesos		
<input type="checkbox"/> Chequeo de Colesterol		
<input type="checkbox"/> Colonoscopia		
<input type="checkbox"/> Mamografia		
<input type="checkbox"/> Papanicolauo		
<input type="checkbox"/> Analisis de la Prostata		
<b>HISTORIA FAMILIAR</b> <input type="checkbox"/> Ninguno		
<input type="checkbox"/> Problemas de drogas o alcohol	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas Neurologicos
<input type="checkbox"/> Alergias, Temporada	<input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/> Obesidad
<input type="checkbox"/> Transtorno de Ansiedad	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza/Migrana	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Problemas del Corazon	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Tendecia de hemorragia	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Problemas Psiquiatricos
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Precion Alta	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide
<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica	<input type="checkbox"/> Problemas Inmune	<input type="checkbox"/> Embolio Cerebral
<input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los Rinones	<input type="checkbox"/> Problemas de Tiroide
<input type="checkbox"/> Deprecion	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Higado	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Transtornos de Desarrollo	<input type="checkbox"/> Cancer de los Pulmones	
<b>HISTORIA SOCIAL/ESTILO DE VIDA</b>		
Occupacion:	Consumo de Cafeina (Nunca/Occasional/Moderado/Pesado):	
Nivel de Educacion:	Mascar Tabaco	
Estado Matrimonial:	Drogas :	
Orientacion Sexual :	Esta Ud. Activo(a) Sexualmente?	S/N
Ejercicio (occasional/moderado/pesado):	Hay pistololas en la casa?	S/N
Dieta (Regular/Vegetariana/etc.):	Usa cinturon de caro rutinariamente?	S/N
Nivel de Estres (bajo/moderado/alto):	Usa crema para protegerse de el sol rutinariamente?	S/N
Su habito de fumar (Nunca/ex/etc.):	Tiene detector de humo en su casa?	S/N
Fumar (Cuanto por dia/por semana?):	Directriz Anticipada?	S/N
A fumado, desde que edad ?	Identidad racial/etnica:	
Consumo de Alcohol (nunca/occasional/moderado/pesado):	Preferencia religiosa:	
<b>Cirugia</b> <input type="checkbox"/> Mas de Cuatro		
Mes/Año	Enfermedad/Operaciones	Complicaciones (S/N)
<b>Historia de Ginecología y Embarazo (Solo para mujeres)</b>		
Esta Embarazada? (S/N):	Que tipo de Anticoceptivo usa:	
Fecha de su ultima regla:	Edad de Menopausia:	
Frecuencia de su ciclo menstrual (Dias):	Cuantas veces a estado embarazada?	
Flujo (poco/moderado/pesado):	Estava tomadando Pastillas de Anticonceptivos al tiempo de concepcion?	
Cuantos dura su ciclo (Dias):	Cuantos partos vaginales a tenido?	
Menstracion cada mes? (S/N):	Cuantos partos por cesárea?	
Edad que tuvo su primer hijo:	Cuántos abortos involuntarios?	
Edad que tuvo su primer regla:	A usado alguno de los siguientes antioceptivos en el pasado? Pildoras anticonceptivas/Dispositivo Intrauterino/Depo-provera	

**A mi entender, esto representa una imagen precisa de la salud de mi historia. Informaré a Merced Faculty Associates si hay cambios o actualizaciones.**

Firma del Paciente

Fecha