



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 preocupaciones: _____

| | | |
|--|--|--|
| MEDICAMENTOS ACTUALES – Por favor liste sus medicamentos actuales. Si no esta tomando ningun medicamento, por favor marque el cuadro “Ninguno” <input type="checkbox"/> Ninguno | | |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |
| MEDICAMENTOS/ALERGIA O SENSIBILIDAD | | |
| Liste los medicamentos a los que es alergico: <input type="checkbox"/> Ninguno | | |
| 1. | | |
| 2. | | |
| SUS PROVEEDORES – Por favor liste los proveedores que mira en la comunidad. | | |
| 1. | | |
| 2. | | |
| FARMACIAS – liste la direcion y el numero de telefono para la farmacia, sea local o si recibe sus medicamentos por correo. | | |
| 1. | | |
| 2. | | |
| HISTORIA MEDICA – Por favor marque el cuadro solamente si a tenido o experimentado estos síntomas o problemas médicos. | | |
| 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 |

| 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 | | |
|---|--|--|
| 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 | | |
| HISTORIA FAMILIAR <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 | |
| HISTORIA SOCIAL/ESTILO DE VIDA | | |
| 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 cinturón 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: | |
| Cirugia <input type="checkbox"/> Mas de Cuatro | | |
| Mes/Año | Enfermedad/Operaciones | Complicaciones (S/N) |
| | | |
| | | |
| | | |
| Historia de Ginecología y Embarazo (Solo para mujeres) | | |
| 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