

CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y formarán parte de su expediente médico.

Nombre (Apellido, Primero, Inicial del Segundo):		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento:
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a			
Médico de Cabecera:		Razón de la Visita:	
Médico remitente:			

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

Anote todos los problemas médicos que otros doctores le hayan diagnosticado

--	--	--

Cirugías

Año	Motivo	Hospital

Otras internaciones

Año	Motivo	Hospital

Anote sus medicamentos recetados y de venta libre, como vitaminas e inhaladores

Nombre del medicamento	Fuerza	Frecuencia con que lo toma

Alergias a medicamentos

Nombre del medicamento	Reacción que tuvo

HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL

TODAS LAS PREGUNTAS EN ESTE CUESTIONARIO SON OPTATIVAS Y SERAN MANTENIDAS EN ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD.

Alcohol	¿Bebe alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Si lo hace, ¿de qué tipo?	¿Cuántas bebidas por semana?	
Tabaco	¿Usa tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Cigarrillos – paquetes/día	<input type="checkbox"/> Masticable - #/día	<input type="checkbox"/> Pipa - #/día
	<input type="checkbox"/> # de años	<input type="checkbox"/> o años que lo dejó	
Drogas	¿Usa drogas recreativas o de la calle, actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez se ha inyectado drogas de la calle con una aguja?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

	EDAD	PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICATIVOS		EDAD	PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICATIVOS
Padre			Niños	<input type="checkbox"/> M	
				<input type="checkbox"/> F	
Madre				<input type="checkbox"/> M	
				<input type="checkbox"/> F	

SÓLO MUJERES

Cantidad de embarazos _____	Cantidad de alumbramientos con vida _____
¿Está embarazada o amamantando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

OTROS PROBLEMAS (VERIFIQUE SI TIENE, O HA TENIDO CUALQUIER SÍNTOMA EN LAS SIGUIENTES ÁREAS DE MANERA SIGNIFICATIVA)

- General: Pérdida o suba de peso Fatiga Fiebre o escalofríos Debilidad
- Piel: Sarpullido Picazón Cambios de pigmentación
- Respiratorio: Tos Esputo Falta de aliento Sibilancias
- Cardiovascular: Dolor en el pecho Palpitaciones Hinchazón
- Gastrointestinal: Quemazón en el pecho Sangramiento del Recto Constipación Diarrea
- Vascular: Dolor de pantorrilla/s al caminar Calambres en las piernas Dolor de Piernas Hinchazón de piernas
 Venas Varicosas Enrojecimiento / Inflamación
- Musculo-esquelético: Dolor muscular o en las articulaciones Hinchazón de las articulaciones
- Neurológico: Mareos Desmayos Convulsiones Entumecimientos Hormigueos Temblores
- Hematológico: Facilidad para tener moretones Facilidad para sangrar Coágulos sanguíneos
- Endócrino: Intolerancia al frío o al calor Sudoraciones Orina frecuente Sed
- Enfermedad infecciosa: VIH/SIDA Hepatitis B Hepatitis C

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre impreso: _____