

VALLEY-WIDE HEALTH SYSTEMS, INC.

CUESTIONARIO HISTORIA DE SALUD

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

Nombre :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento:
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Sociedad Doméstica <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		
Ocupación:	Fecha de su último examen físico:	
Cuál es la razón de su visita hoy?		

HISTORIA PERSONAL DE SALUD

ALERGIAS A MEDICAMENTOS (Incluya por favor las alergias al alimento, al látex, o a la anestesia.)

Nombre de la droga/del alergénico	¿Qué tipo de reacción tuvo?

Enumere sus medicamentos recetados Y los medicamentos sin recetas, de venta libre, como las vitaminas, los inhaladores, hierbas o suplementos de dieta.

Nombre del Medicamento	Fuerza	Frecuencia de Tomarlo/Cada cuanto tiempo

Marque cualquier condición médica que le han diagnosticado.

<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Ventilación Atrial	<input type="checkbox"/> La Depresión	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto/Elevado	<input type="checkbox"/> La Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> La Hipertrofia benigna de próstata	<input type="checkbox"/> La Diabetes	<input type="checkbox"/> La presión Arterial Alto/Alta Presión	<input type="checkbox"/> Enfermedad úlcera Péptica
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> La Enfermedad de la Vesícula Biliar	<input type="checkbox"/> El síndrome del Intestino Irritable	<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Cáncer:	<input type="checkbox"/> GERD	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Ataque del Corazón	<input type="checkbox"/> Migraña	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides

Cirugías

¿En qué año?	Razón	¿En qué hospital

Otras hospitalizaciones sin intervención quirúrgica

¿En qué año?	¿Porqué razón fue hospitalizado?	¿En que hospital

HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL

EJERCICIO	<input type="checkbox"/> Sedentaria(sin ejercicio) <input type="checkbox"/> Leve ejercicio(subir escaleras, caminar 3 cuadras, jugar golf)		
	<input type="checkbox"/> De vez en cuando ejercicio vigoroso, (el trabajo o la recreación, menos de 4 veces/ semana, por 30 minutos)		
TABACO	<input type="checkbox"/> Hacer ejercicio vigoroso regularmente, (el trabajo o la recreación, a menos de 4 veces/ semana, por 30 minutos)		
	¿Consume tabaco?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Paquetes de cigarrillos/día	<input type="checkbox"/> Masticar- #/día	<input type="checkbox"/> Pipa - #/día
	<input type="checkbox"/> Por cuantos años	<input type="checkbox"/> Qué año dejó de fumar?	
DROGAS	¿Actualmente consume drogas recreativas o de la calle?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez se ha inyectado drogas de la calle usando una jeringa?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ALCOHOL	¿Usted bebe alcohol?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Cuánto alcohol bebe a la semana?		
CINTURON DE SEGURIDAD	¿Usa el cinturón de seguridad mientras viaja en un vehículo?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HISTORIA DE SALUD FAMILIAR

Por favor escriba todos los problemas que hay en su familia incluyendo las reacciones adversas a la anestesia, fácil aparición de moretones o sangrando, diabetes, cáncer, ataque del corazón antes de los 55 años de edad, artritis, etc.

	EDAD	IMPORTANTE/SIGNIFICANTE PROBLEMAS DE SALUD		EDAD	IMPORTANTE/SIGNIFICANTE PROBLEMAS DE SALUD
Padre			Niños	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Madre				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Hermanos Y Hermanas	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Abuela <i>Maternal</i>		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Abuelo <i>Maternal</i>		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Abuela <i>Paternal</i>		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Abuelo <i>Paternal</i>		

SÓLO PARA MUJERES

Fecha de su última menstruación:	¿Está embarazada o esta amamantando/dando pecho?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
----------------------------------	--	-----------------------------	-----------------------------

FARMACIA PREFERIDA: _____ **NÚMERO DE TELÉFONO:** _____

DIRECCIÓN: _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO:** _____ **CODIGO:** _____

NOMBRE DEL PACIENTE (letra de molde): _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____
(Padre o tutor legal si el paciente es menor de edad)