|  |
| --- |
| **SOUTHERN DOMINION HEALTH SYSTEM** **CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS PARA ADULTOS** |
|  |
| Todas las preguntas incluidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y formarán parte de su expediente médico. |
|  |
| **Nombre** *(apellido,**nombre e inicial del segundo nombre):* | □ H □ M | **Fecha de nacimiento:** |
| **Estado civil:** | □ Soltero □ En pareja □ Casado □ Separado □ Divorciado □ Viudo |
| **¿Quién lo derivó****a nuestros consultorios?** | **Fecha:** |
| **ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES** |
| **Enfermedades en la infancia:** | □ Sarampión □ Paperas □ Rubéola □ Varicela □ Fiebre reumática □ Poliomielitis |
| **Vacunaciones y fechas:** | * Tétanos
 | * no sabe
 | * Neumonía
 | * no sabe
 | * VPH
 | * no sabe
 |
|  | * Hepatitis B
 | * no sabe
 | * Varicela
 | * no sabe
 | * Hepatitis A
 | * no sabe
 |
|  | * Gripe
 | * no sabe
 | * MMR (*sarampión, paperas, rubéola*)
* no sabe
 | * Herpes zóster
 | * no sabe
 |
| **Indique todos los problemas de salud que otros médicos le hayan diagnosticado** |
| * Alergias
* Anemia
* Ansiedad/Depresión
* Coágulos de sangre/Embolia pulmonar
* Cáncer
* Enfermedad del corazón o de las arterias coronarias
* Diabetes (insulinodependiente)
* Diabetes (no insulinodependiente)
* EPOC/Enfisema/Asma
* Reflujo gastroesofágico (GERD)
* Gota
 | * Hipertensión (presión alta)
* Colesterol alto
* Enfermedad de los riñones
* Enfermedad del hígado
* Osteoporosis
* Epilepsia
* Apnea del sueño
* Apoplejía
* Enfermedad de la tiroides
 |
| Indique otros problemas de salud que otros médicos le hayan diagnosticado y que no estén en la lista de arriba:   |
| **Cirugías** |
| Año | Motivo | Hospital |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Otras hospitalizaciones** |
| Año | Motivo | Hospital |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| **Antecedentes sociales** |
|  |
| ¿Trabaja actualmente? □ Sí □ No | Si es así, ¿a qué se dedica?  |
|  |
| Si no, indique si es... | □ padre de tiempo completo □ estudiante de tiempo completo □ jubilado □ discapacitado |
|  |
| **Indique los medicamentos recetados y de venta libre que toma, como vitaminas e inhaladores** |
| Nombre del medicamento | Concentración | Frecuencia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Alergias a medicamentos** |
| Nombre del medicamento | Reacción que tuvo |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **ANTECEDENTES MÉDICOS DE LA FAMILIA** |
|  | EDAD | PROBLEMAS MÉDICOS IMPORTANTES |  | EDAD | PROBLEMAS MÉDICOS IMPORTANTES |
| **Padre** |  |  | **Hijos** | □ M □ F |  |
| **Madre** |  |  |  | □ M □ F |  |
| **Hermanos** | □ M □ F |  |  | □ M □ F |  |
|  | □ M □ F |  |  | □ M □ F |  |
|  | □ M □ F |  | **Abuela***materna* |  |  |
|  | □ M □ F |  | **Abuelo***materno* |  |  |
|  | □ M □ F |  | **Abuela***paterna* |  |  |
|  | □ M □ F |  | **Abuelo***paterno* |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| **HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL** |
| **TODAS LAS PREGUNTAS DE ESTA SECCIÓN SON OPCIONALES Y SE MANTENDRÁN BAJO ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD** |
| **Ejercicio** | * Sedentario (no hace ejercicio)
 | * Ejercicio suave (p. ej., subir escaleras, caminar 3 cuadras, jugar al golf)
 |
|  | * Ejercicio intenso ocasional (p. ej., laboral o recreativo, menos de 4 veces a la semana por 30 min)
 |
|  | * Ejercicio intenso regular (p. ej., laboral o recreativo, 4 veces a la semana por 30 minutos)
 |
| **Dieta** | ¿Hace dieta? | * Sí
 | * No
 |
|  | Si es así, ¿hace una dieta recetada por un médico? | * Sí
 | * No
 |
| **Cafeína** | * Nada
 | * Café
 | * Té
 | * Refrescos de cola
 |
|  | ¿Cuántas tazas/latas por día? |
| **Alcohol** | ¿Bebe alcohol? | * Sí
 | * No
 |
|  | Si es así, ¿qué tipo? | ¿Cuántos tragos por día? |
|  | ¿Le preocupa la cantidad que bebe? | * Sí
 | * No
 |
|  | ¿Ha considerado dejar de beber? | * Sí
 | * No
 |
|  | ¿Alguna vez ha tenido un desmayo? | * Sí
 | * No
 |
|  | ¿Tiene episodios de consumo excesivo de alcohol? | * Sí
 | * No
 |
| **Tabaco/ Vaporizador** | ¿Consume tabaco? | * Sí
 | * No
 |
| * Cigarrillos, paquetes por día
 | * Tabaco de mascar, cantidad por día
 | * Tabaco para pipa, cantidad por día
 | * Cigarros, cantidad por día
 |
| * Cantidad de años
 | * Año en que dejó de fumar
 | * Vaporizador
 |
| **Marihuana** | ¿Fuma marihuana? | * Sí
 | * No
 |
| **Drogas** | ¿Consume drogas recreacionales o ilícitas? | * Sí
 | * No
 |
|  | ¿Alguna vez utilizó una jeringa para consumir una droga ilícita? | * Sí
 | * No
 |
| **Sexo** | ¿Tiene una vida sexual activa? | * Sí
 | * No
 |
|  | Si es así, ¿está intentando lograr un embarazo? | * Sí
 | * No
 |
|  | Si no está intentando lograr un embarazo, indique los métodos anticonceptivos que usa: |
|  | ¿Tiene molestias durante el sexo? | * Sí
 | * No
 |
|  | ¿Tiene alguna preocupación sobre su actividad sexual que quisiera hablar hoy con su proveedor? | * Sí
 | * No
 |
|  | Las enfermedades relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), como el SIDA, se han convertido en un grave problema de salud pública. Los factores de riesgo de esta enfermedad incluyen el consumo de drogas intravenosas y las relaciones sexuales sin protección. ¿Le gustaría hablar con su proveedor sobre su riesgo de contraer esta enfermedad? | * Sí
 | * No
 |
| **Seguridad personal** | ¿Vive solo? | * Sí
 | * No
 |
| Si no vive solo, ¿quién vive con usted? |  |  |
| ¿Sufre caídas frecuentemente? | * Sí
 | * No
 |
| ¿Tiene pérdida de la audición o visión? | * Sí
 | * No
 |
| ¿Tiene voluntades anticipadas o un testamento vital? | * Sí
 | * No
 |
| ¿Le gustaría recibir información sobre cómo preparar voluntades anticipadas o un testamento vital? | * Sí
 | * No
 |
| Los abusos físicos o mentales también se han convertido en un grave problema de salud pública en este país. Estos consisten en amenazas verbales o abusos físicos o sexuales concretos. ¿Tiene alguna preocupación sobre el abuso o su seguridad personal? | * Sí
 | * No
 |
|  |
| **SALUD MENTAL** |
| ¿El estrés es un problema importante para usted? | * Sí
 | * No
 |
| ¿Se siente deprimido? | * Sí
 | * No
 |
| En las últimas dos semanas, ¿le ha molestado sentir poco interés o placer por hacer cosas? | * Sí
 | * No
 |
| En las últimas dos semanas, ¿se ha sentido mal, deprimido o desesperanzado? | * Sí
 | * No
 |

|  |
| --- |
|  |
| **MANTENIMIENTO DE LA SALUD** |
| ¿Se ha hecho un análisis de sangre en las heces durante el último año? | * Sí
 | * No
 |
| ¿Alguna vez se ha hecho una colonoscopía? | * Sí (si es así, indique la fecha aproximada de la última colonoscopía )
 | * No
 |
| ¿Alguna vez se hizo un examen de la vista? | * Sí (si es así, indique la fecha aproximada del último examen de la vista )
 | * No
 |
| ¿Lo atiende un dentista actualmente? | * Sí
 | * No
 |
| ¿Lo atienden actualmente otros médicos por otros asuntos médicos o psiquiátricos? Si es así, indique los nombres de los médicos:  | * Sí
 | * No
 |
|  |
| **SOLO PARA MUJERES** |
| Fecha de inicio de la menstruación: | Fecha de la última menstruación: |
| **¿Cuál es la fecha aproximada de su última prueba de Papanicolau?** |
| ¿Tiene períodos abundantes, irregularidad, manchado, dolor o secreciones? | * Sí
 | * No
 |
| Cantidad de embarazos\_\_\_\_\_ Cantidad de nacimientos de niños vivos\_\_\_\_\_ |
| ¿Está embarazada o amamantando? | * Sí
 | * No
 |
| ¿Le han hecho una dilatación y curetaje, histerectomía o cesárea? | * Sí
 | * No
 |
| ¿Ha tenido infecciones renales, urinarias o de la vejiga durante el último año? | * Sí
 | * No
 |
| ¿Tiene sangre en la orina? | * Sí
 | * No
 |
| ¿Tiene problemas para controlar las ganas de orinar? | * Sí
 | * No
 |
| ¿Tiene sofocos o sudor durante la noche? | * Sí
 | * No
 |
| ¿Tiene tensión menstrual, dolor, inflamación abdominal, irritabilidad u otros síntomas durante o cerca de su período? | * Sí
 | * No
 |
| ¿Ha tenido sensibilidad en los senos, bultos o secreción de los pezones? | * Sí
 | * No
 |
| **SOLO PARA HOMBRES** |
| ¿Se despierta durante la noche para orinar frecuentemente? | * Sí
 | * No
 |
| Si es así, indique la cantidad de veces\_\_\_\_\_ |
| ¿Siente dolor o ardor al orinar? | * Sí
 | * No
 |
| ¿Tiene sangre en la orina? | * Sí
 | * No
 |
| ¿Tiene secreciones irritantes del pene? | * Sí
 | * No
 |
| ¿Orina con menos fuerza? | * Sí
 | * No
 |
| ¿Ha tenido infecciones renales, de vejiga o de próstata en los últimos 12 meses? | * Sí
 | * No
 |
| ¿Tiene problemas para vaciar su vejiga por completo? | * Sí
 | * No
 |
| ¿Tiene problemas de erección o eyaculación? | * Sí
 | * No
 |
| ¿Siente dolor o tiene hinchazón en los testículos? | * Sí
 | * No
 |
| Indique la fecha de su último examen de próstata y examen rectal. | * Sí
 | * No
 |
| **OTROS PROBLEMAS** |
| Marque si tiene o tuvo algún síntoma de un grado importante en estas áreas y explíquelo brevemente. |
| * Piel
 | * Pecho/Corazón
 | * Cambio de peso reciente
 |
| * Cabeza/Cuello
 | * Espalda
 | * Cambio de nivel de energía reciente
 |
| * Orejas
 | * Intestino
 | * Dificultad para dormir
 |
| * Nariz
 | * Vejiga
 | * Intestino
 |
| * Garganta
 | * Pulmones
 | * Circulación
 |
|  |
|  |
| Firma del paciente:  | Fecha:  |
|  |  |
| Revisado por:  | Fecha:  |