

**SOUTHERN DOMINION HEALTH SYSTEM
CUESTIONARIO DE LA HISTORIA MÉDICA PARA ADULTOS**

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

| | | |
|---|---|-----------------------------|
| Nombre (<i>apellido, nombre e inicial del segundo nombre</i>): | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Fecha de nacimiento: |
|---|---|-----------------------------|

| |
|---|
| Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo |
|---|

| | |
|---|----------------------|
| ¿Quién lo remitió a nuestro consultorio? | Fecha de hoy: |
|---|----------------------|

Indique todos los problemas de salud que otros médicos le hayan diagnosticado.

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre/Trombosis venosa profunda/ Embolia pulmonar <input type="checkbox"/> Cáncer (marque con un círculo el tipo): Pulmón Próstata Colon Endometrio (útero) Mama Ovario Cuello uterino Otro (indique): _____ <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón o de las arterias coronarias <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Diabetes (insulinodependiente) <input type="checkbox"/> Diabetes (no insulinodependiente) | <input type="checkbox"/> EPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico (GERD) <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión alta) <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Insomnio (dificultad para dormir) <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Apnea del sueño <input type="checkbox"/> Apoplejía <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
|---|--|

Indique cualquier otro problema de salud (incluyendo los problemas de salud mental) que no esté en la lista de arriba:

Cirugías

| Año | Motivo | Hospital |
|-----|--------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Otras hospitalizaciones

| Año | Motivo | Hospital |
|-----|--------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Historia social

Historia laboral

Si actualmente tiene trabajo, ¿a qué se dedica? _____

Si no es así, es: padre/madre de tiempo completo estudiante de tiempo completo jubilado
 discapacitado desempleado

Historia académica

¿Cuál es el nivel de educación más alto que alcanzó? Elementary school Middle school
 High school incompleta High school G.E.D. Escuela técnica o de oficios (después de high school)
 College incompleto Tecnicatura Licenciatura Maestría
 Título profesional/Doctorado (PhD, MD/DO, JD o similar) Otro: _____

Indique los medicamentos recetados y de venta sin receta que toma, como vitaminas e inhaladores.

| Nombre del medicamento | Concentración | Frecuencia |
|------------------------|---------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Alergias a medicamentos (indique la reacción que tuvo: sarpullido, hinchazón, dificultad para respirar, vómitos, etc.)

| Nombre del medicamento | Reacción que tuvo | Nombre del medicamento | Reacción que tuvo |
|------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

HISTORIA MÉDICA DE LA FAMILIA

Indique todos los problemas médicos importantes en su familia, incluyendo, entre otros, cáncer, diabetes, presión alta, colesterol alto, enfermedad de los riñones, enfermedad de la tiroides y problemas de salud mental (ansiedad, depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia) o marque la casilla "Desconozco la historia médica de mi familia".

ME ADOPTARON DESCONOZCO LA HISTORIA MÉDICA DE MI FAMILIA

| | EDAD | PROBLEMAS DE SALUD | | EDAD | PROBLEMAS DE SALUD |
|-----------------|---|--------------------|---------------------------------|---|--------------------|
| Padre | | | Hijos | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| Madre | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| Hermanos | <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>materna</i> | | |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | Abuelo <i>materno</i> | | |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | Abuela <i>paterna</i> | | |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | Abuelo <i>paterno</i> | | |

HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL

TODAS LAS PREGUNTAS DE ESTA SECCIÓN SON OPCIONALES Y SE MANTENDRÁN BAJO ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD.

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|--------------------------------|
| Cafeína | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Café | <input type="checkbox"/> Té | <input type="checkbox"/> Refrescos de cola | |
| | ¿Cuántas tazas/latas por día? | | | | |
| Alcohol | ¿Bebe alcohol? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| | Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipo? | | ¿Cuántos tragos por día? | | |
| | ¿Le preocupa la cantidad que bebe? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Ha considerado dejar de beber? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Alguna vez tuvo una laguna mental? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Tiene episodios de consumo excesivo de alcohol? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Tabaco/ Cigarrillo electrónico | ¿Consume tabaco? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> Cigarrillos; cantidad de paquetes por día: _____ | | <input type="checkbox"/> Para mascar | <input type="checkbox"/> Pipa | <input type="checkbox"/> Puros |
| | <input type="checkbox"/> Cantidad de años | <input type="checkbox"/> Año en que dejó de fumar | <input type="checkbox"/> Cigarrillo electrónico | | |
| Marihuana | ¿Fuma marihuana? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Drogas | ¿Consume drogas recreacionales o ilegales? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Alguna vez se inyectó alguna droga ilegal? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Sexo | ¿Tiene una vida sexual activa? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| | Si la respuesta es "Sí", ¿está intentando lograr un embarazo? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| | Si no está intentando lograr un embarazo, indique los métodos anticonceptivos o de barrera que usa: | | | | |
| | Las enfermedades relacionadas con enfermedades de transmisión sexual y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), como el sida, se han convertido en un grave problema de salud pública. Los factores de riesgo incluyen las relaciones sexuales sin protección. ¿Le gustaría hablar con su proveedor sobre su riesgo de contraer estas enfermedades? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Seguridad personal | ¿Vive solo? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| | Si no vive solo, ¿quién vive con usted? _____ | | | | |
| | ¿Sufre caídas frecuentemente? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Tiene pérdida de la audición o visión? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Tiene un documento de voluntades anticipadas o un testamento vital? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Le gustaría recibir información sobre cómo preparar un documento de voluntades anticipadas o un testamento vital? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> 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? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Se siente seguro en su casa? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Se siente aislado socialmente? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Está expuesto al delito en su casa, en su trabajo o en su comunidad? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Es segura su situación de vivienda actual o está en riesgo de perder su vivienda? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Tiene suficiente acceso a comida? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

SALUD MENTAL

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Es el estrés un problema importante para usted? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Siente depresión? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| En las últimas dos semanas, ¿le ha molestado sentir poco interés o placer por hacer cosas? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| En las últimas dos semanas, ¿sintió tristeza, depresión o desesperanza? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**¿Puede hacer las siguientes tareas básicas de la vida diaria?**

| | | | | | | |
|---|--------------------------|---------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------|
| Bañarse o asearse (higiene personal) | <input type="checkbox"/> | Independiente | <input type="checkbox"/> | Necesito un poco ayuda | <input type="checkbox"/> | Necesito ayuda total |
| Vestirse y desvestirse | <input type="checkbox"/> | Independiente | <input type="checkbox"/> | Necesito un poco ayuda | <input type="checkbox"/> | Necesito ayuda total |
| Desplazarse (moverse, caminar, pararse o sentarse) | <input type="checkbox"/> | Independiente | <input type="checkbox"/> | Necesito un poco ayuda | <input type="checkbox"/> | Necesito ayuda total |
| Usar el baño | <input type="checkbox"/> | Independiente | <input type="checkbox"/> | Necesito un poco ayuda | <input type="checkbox"/> | Necesito ayuda total |
| Comer (dar de comer, usar utensilios) | <input type="checkbox"/> | Independiente | <input type="checkbox"/> | Necesito un poco ayuda | <input type="checkbox"/> | Necesito ayuda total |
| Hacer las compras | <input type="checkbox"/> | Independiente | <input type="checkbox"/> | Necesito un poco ayuda | <input type="checkbox"/> | Necesito ayuda total |
| Cocinar | <input type="checkbox"/> | Independiente | <input type="checkbox"/> | Necesito un poco ayuda | <input type="checkbox"/> | Necesito ayuda total |
| Administrar medicamentos | <input type="checkbox"/> | Independiente | <input type="checkbox"/> | Necesito un poco ayuda | <input type="checkbox"/> | Necesito ayuda total |
| Administrar las finanzas personales | <input type="checkbox"/> | Independiente | <input type="checkbox"/> | Necesito un poco ayuda | <input type="checkbox"/> | Necesito ayuda total |
| Hacer tareas domésticas (limpiar, ordenar, lavar) | <input type="checkbox"/> | Independiente | <input type="checkbox"/> | Necesito un poco ayuda | <input type="checkbox"/> | Necesito ayuda total |
| Usar el teléfono u otro medio de comunicación (correo electrónico, mensajería de texto) | <input type="checkbox"/> | Independiente | <input type="checkbox"/> | Necesito un poco ayuda | <input type="checkbox"/> | Necesito ayuda total |
| Conducir o usar el transporte público | <input type="checkbox"/> | Independiente | <input type="checkbox"/> | Necesito un poco ayuda | <input type="checkbox"/> | Necesito ayuda total |

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

| | | | |
|---|--------------------------------|---|-----------------------------|
| ¿Consulta a otros proveedores para recibir atención médica o de salud mental? | | <input type="checkbox"/> Sí (indique abajo) | <input type="checkbox"/> No |
| Nombre: | Nombre del consultorio/centro: | Información de contacto: | |
| | | | |
| | | | |

MANTENIMIENTO DE LA SALUD

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Se ha hecho un análisis de sangre en las heces en el último año? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Alguna vez se hizo una colonoscopia? <input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es "Sí", indique la fecha aproximada de la última colonoscopia: _____) <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Alguna vez se hizo un examen de la vista? <input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es "Sí", indique la fecha aproximada del último examen de la vista: _____) <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Consultó a algún dentista el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quisiera una remisión dental | | |

SOLO PARA MUJERES

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| Fecha de inicio de la menstruación: | Edad en que dejó de menstruar: | Fecha de la última menstruación (primer día): |
| ¿Cuál es la fecha aproximada de su última prueba de Papanicolaou? | | |
| Cantidad total de embarazos: _____ | | |
| Cantidad de embarazos a término: _____ Partos prematuros: _____ Abortos espontáneos/Interrupciones: _____ | | |
| Hijos vivos: _____ | | |
| ¿Está embarazada o amamantando? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Tuvo <input type="checkbox"/> Dilatación y legrado (D&C) <input type="checkbox"/> Histerectomía <input type="checkbox"/> Cesárea (¿cuántas? _____) | | |
| SOLO PARA HOMBRES | | |
| Fecha de su último examen de próstata y tacto rectal: _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Fecha de la última prueba de PSA (si corresponde): _____ | | |

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Revisado por: _____

Fecha: _____