



Partners

Cuestionario de salud

Le rogamos llegar 30 minutos antes de su cita

Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> M
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Vida en pareja <input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a
Médico anterior o remitente:		Ocupación:	
		Fecha de su último examen físico:	

Medicamentos: Traiga todos los medicamentos recetados que esté utilizando en la actualidad

Nombre	Dosis e instrucciones	Motivo

Alergias y reacciones: _____

¿Tiene (o ha tenido) alguna de las siguientes enfermedades o afecciones médicas?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Papanicolaou anormal | <input type="checkbox"/> Trastorno de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Problema de alcohol/drogas | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Otras lesiones |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias periféricas |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/depresión | <input type="checkbox"/> Rinitis alérgica | <input type="checkbox"/> Pulmonía |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Traumatismo craneal | <input type="checkbox"/> Prueba de TB positiva |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Problema con la próstata |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Psiquiátrico: depresión |
| <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Psiquiátrico: otro |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hepatitis/enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica | <input type="checkbox"/> Alta presión arterial | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del colon/intestino | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Infección del útero | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (<i>stroke</i>) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes de tipo I o II | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Neuropatía | <input type="checkbox"/> Úlcera |

Antecedentes quirúrgicos y de hospitalización (incluya las fechas)

Antecedentes familiares <i>(De ser necesario, escriba al dorso de la página)</i>		Edad	Afecciones médicas Escriba Saludable o especifique: diabetes, alta presión arterial, colesterol, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, cáncer (tipo)
Madre	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció		
Padre	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció		
Hermano/a	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció		
Hermano/a	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció		
Hermano/a	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció		
Hermano/a	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció		
Abuela Por parte de madre	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció		
Abuelo Por parte de madre	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció		
Abuela Por parte de padre	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció		
Abuelo Por parte de padre	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció		
Hijos	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció		
Hijos	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció		
Parientes		<input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Ataques cardíacos <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Diabetes	

Antecedentes del paciente	
Tabaquismo	Consumo de cigarrillos: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Exfumador/a Edad o fecha en que dejó de fumar: <input type="checkbox"/> Fumador/a actual
	Consumo de otros tipos de tabaco: <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cigarros <input type="checkbox"/> Tabaco para mascar
	Otro: <input type="checkbox"/> Cigarrillos electrónicos <input type="checkbox"/> Marihuana
Alcohol	¿Toma bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 0-1 veces/mes <input type="checkbox"/> 2-4 veces/mes <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> No
	Cada semana, cantidad de: vasos de cerveza _____ copas de vino _____ licores destilados (tragos/"shots")/bebidas mixtas _____
	¿Cuándo fue la última vez que tomó más de 4 tragos en un día? _____
	¿Siente que debería reducir su consumo de alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Se ha sentido usted molesto/a porque le critican su manera de beber? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Se ha sentido culpable alguna vez por su manera de beber? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Ha necesitado alguna vez un trago en la mañana para calmarse los nervios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Drogas	¿Ha usado drogas recreativas o ilícitas en los últimos dos años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Se ha inyectado alguna vez drogas recreativas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Salud sexual	<input type="checkbox"/> Mantiene relaciones sexuales <input type="checkbox"/> Actualmente no mantiene relaciones sexuales <input type="checkbox"/> Nunca ha tenido relaciones sexuales
	Parejas sexuales: <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres Cant. de parejas sexuales el último año:
	¿Antecedentes de infecciones de transmisión sexual? En caso afirmativo, tipo/fechas:
	Método anticonceptivo actual: _____ Métodos anteriores: _____
	Mujeres: Cantidad de hijos: _____ Cantidad de embarazos: _____ Cantidad de pérdidas de embarazo: _____ Cantidad de abortos: _____ Fecha de la última menstruación: _____

Seguridad personal	¿Se pone el cinturón de seguridad en los automóviles?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Ha tenido caídas en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____ ¿Alguna lesión? _____		
	¿Se siente inestable al estar de pie o al caminar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Le preocupa la posibilidad de caerse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Hay un detector de incendios funcional instalado en su casa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene en casa a una pareja (u otra persona) que le hace daño, le pega o le amenaza, o se aprovecha económicamente de usted?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Salud del paciente	En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le molestó alguno de los siguientes problemas?		
	Poco interés o placer en hacer cosas <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días Sentimientos de tristeza, depresión o desesperanza <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días		
Ejercicio	<input type="checkbox"/> Sedentario/a (no hace ejercicio)		
	<input type="checkbox"/> Ejercicio leve (p. ej., subir escaleras, caminar tres cuadras, jugar golf)		
	<input type="checkbox"/> Ejercicio enérgico ocasional (p. ej., trabajo o actividades recreativas 1-3 veces por semana durante 30 minutos)		
	<input type="checkbox"/> Ejercicio enérgico regular (p. ej., trabajo o actividades recreativas más de 3 veces por semana durante 30 minutos)		
Vacunas	Fecha	Vacunas	Fecha
<input type="checkbox"/> Antigripal		<input type="checkbox"/> TD (antitetánica)	
<input type="checkbox"/> TDAP (tosferina/tétanos)		<input type="checkbox"/> Zostavax (herpes zóster) <input type="checkbox"/> Shingrix (herpes zóster)	
<input type="checkbox"/> Antineumocócica PCV13		<input type="checkbox"/> VPH (virus del papiloma humano)	
<input type="checkbox"/> Antineumocócica PPV23		<input type="checkbox"/> Antimeningocócica ACWY	
<input type="checkbox"/> Hepatitis A		<input type="checkbox"/> Antimeningocócica B	
<input type="checkbox"/> Hepatitis B		<input type="checkbox"/> Otra:	
Escriba los nombres de los médicos y especialistas con quienes ha consultado:			
Médico primario anterior		Ginecólogo	
Gastroenterólogo (GI)		Urólogo	
Cardiólogo		Oftalmólogo/oculista	
Otro		Otro	
Exámenes preventivos: Para evitar repeticiones y brindarle la mejor atención posible, quisiéramos obtener información sobre los siguientes aspectos junto con una copia de sus informes más recientes. Le pedimos que nos traiga una copia , o bien, que nos informe dónde podemos solicitarla . (La necesidad de suministrar la siguiente información dependerá de la edad y el sexo de la persona).			
Examen/prueba	Fecha del último examen o prueba	Resultado (si corresponde)	Comentarios
Examen de detección de aneurisma aórtico			
Examen de densidad ósea			
Prueba de colesterol			
Colonoscopia			
Examen dental			
Examen de la vista			
Prueba de hepatitis C			
Prueba del VIH			
Prueba del VPH			
Mamografía			
Prueba de Papanicolaou			
Examen de la próstata			
Prueba de sangre en las heces			

Stanford Medicine Partners es una organización independiente sin fines de lucro que está afiliada a Stanford Medicine, lo que incluye Stanford Health Care y Stanford Health Care-ValleyCare. Stanford Medicine Partners contrata a grupos médicos para que presten servicios de atención médica en sus centros médicos. Stanford Medicine Partners, Stanford Health Care, Stanford Health Care-ValleyCare, Stanford University y sus afiliados no tienen control alguno sobre tales grupos médicos ni sobre los servicios profesionales prestados por los médicos y proveedores de salud especializados de tales grupos médicos, ni se responsabilizan de sus acciones. Los médicos y los proveedores de salud especializados que presten servicios en los centros médicos de Stanford Medicine Partners no son empleados, representantes ni agentes de Stanford Medicine Partners, Stanford Health Care, Stanford Health Care-ValleyCare, Stanford University ni de sus afiliados.