

Date:

VICTOR ARBOLEDA MD, PA  
**HISTORIA MÉDICA**

***Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son totalmente confidenciales y se añadirán a su expediente médico.***

Nombre:

H

(Apellido, nombre, inicial del segundo nombre )

M

Fecha de Nacimiento

Estado marital

Soltero

Unión Libre

Casado

Separado

Divorciado

Viudo

Médico anterior:

Fecha de último examen físico:

**HISTORIA PERSONAL DE SALUD**

Enfermedades de la Niñez:  Sarampión  Paperas  Rubeola  Varicela  Fiebre Reumática  Polio

Vacunas recibidas y fechas:

Tétanos

Pulmonía

Hepatitis

Varicela

Influenza

MMR (Sarampión, Paperas, Rubeola)

Enumere los problemas médicos que otro doctor le ha diagnosticado:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Cirugías que le han realizado (Por favor incluya fechas):

_____
_____
_____

Hospitalizaciones en los últimos 12 meses:

_____
_____
_____

¿Ha recibido alguna transfusión de sangre?

Sí

No

Enumere los medicamentos que usa, prescritos o que compra sin receta médica (vitaminas, etc.):

Nombre del medicamento

Dosis

Frecuencia con que los usa

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Alergias a medicamentos:

Nombre del medicamento

Reacción que tuvo

_____	_____
_____	_____
_____	_____

## HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL

Ejercicio:  Sedentario (No ejercicio)  Suave (subir escaleras, caminar 3 cuadras, golf)  
 Ocasionalmente Vigoroso (30 min, menos de 4x/semana)  Regularmente vigoroso (4x/semana por 30 min)

Dieta: ¿Está a dieta?  Sí  No

Cantidad de sal que consume  Alta  Media  Baja

Cafeína:  No consumo  Café  Té  Soda

# de tazas/latas por día?

*Todas las preguntas en este cuestionario son opcionales y se mantendrán confidencialmente.*

Alcohol: ¿Usted consume alcohol?  Sí  No

¿Sí lo hace, de qué clase? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas bebidas por semana? \_\_\_\_\_

¿Está preocupado por la cantidad que usted bebe?  Sí  No

¿Ha considerado dejar de beber?  Sí  No

¿Alguna vez ha perdido el conocimiento?  Sí  No

¿Es usted propenso a beber mucho, episódicamente?  Sí  No

¿Usted conduce después de beber?  Sí  No

Tabaco: ¿Usted consume tabaco?  Sí  No

Cigarrillos – Paqu/día \_\_\_\_\_ # años que fuma \_\_\_\_\_ Año que dejo de fumar \_\_\_\_\_.

Drogas: ¿Utiliza usted drogas para recreación o de la calle?  Sí  No

¿Alguna vez se ha inyectado alguna droga?  Sí  No

*Todas las preguntas en este cuestionario son opcionales y se mantendrán confidencialmente.*

Sex: ¿Está usted sexualmente activo?  Sí  No

Si usted está evitando un embarazo, que método anticonceptivo utiliza?: \_\_\_\_\_.

¿Tiene malestar o dolor durante las relaciones sexuales?  Sí  No

Enfermedades relacionadas con el VIH, como SIDA, se han convertido en un problema de salud pública. Los factores de riesgo para contraer esta enfermedad incluyen uso intravenoso de drogas y relaciones sexuales sin protección.

¿Desearía hablar con su médico sobre sus riesgos de contraer esta enfermedad?  Sí  No

Seguridad Personal: ¿Vive usted solo?  Sí  No

¿Sufre caídas frecuentes?  Sí  No

¿Tiene cambios en la visión o audición?  Sí  No

¿Tiene Usted Directiva Anticipada de cuidado médico?  Sí  No

¿Desea información en cómo prepararlos?  Sí  No

El abuso físico y/o mental se ha convertido en un problema de salud pública en este país.

A menudo, esto toma forma de abuso verbal, físico o sexual.

¿Desearía discutir esto con su médico?  Sí  No

Recuerde que las recomendaciones que se encuentran a continuación, son muy importantes para mantener la salud.

Cuando se encuentre en un automóvil, use siempre el cinturón de seguridad.

Al montar una motocicleta o una bicicleta, use un casco.

Tenga siempre detectores de humo y extinguidores de fuego en su casa.

Si posee un arma de fuego, asegúrese que solo usted tenga acceso a ella.

Tome todas las precauciones necesarias para que los niños no tengan acceso a un arma cargada.

Mantenga su arma de fuego y las municiones separadas.

## HISTORIA DE SALUD DE LA FAMILIA

Edad

Problemas de salud (o causa de muerte)

Padre	_____	_____
Madre	_____	_____
Hermanos/as	_____	_____
Hijos	_____	_____
Abuelos	_____	_____

## SALUD MENTAL

¿Durante el último mes, se ha sentido deprimido?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha perdido el interés y satisfacción en las cosas que hace?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha pensado seriamente en lastimarse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

## MUJERES SOLAMENTE

Edad de inicio de la menstruación: \_\_\_\_\_ Fecha de la última menstruación: \_\_\_\_\_ Períodos cada \_\_\_\_\_ días

¿Períodos abundantes, irregulares, dolorosos, flujo vaginal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Número de embarazos:	Número de nacimientos vivos:	
¿Está usted embarazada o dando de lactar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha notado dolor en los pechos, masas o descarga en los pezones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fecha del último Papanicolau y examen rectal	/ /	
	mes día año	

## HOMBRES SOLAMENTE

¿Se levanta usualmente para orinar en la noche?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Sí lo hace, # de veces:	
¿Tiene problemas para vaciar su vejiga completamente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene dificultades con la erección o eyaculación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene hinchazón o dolor testicular?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fecha del último examen rectal y de la próstata	/ /	
	mes día año	