



### Cuestionario Confidencial de la Salud

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Por favor, marque con una ( ✓ ) cualquiera de las siguientes enfermedades y problemas médicos que tiene o ha tenido e indique el año en que comenzó cada una.

#### ENFERMEDAD

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión y ceguera _____              | <input type="checkbox"/> Estómago / úlcera duodenal _____                  |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma _____                                    | <input type="checkbox"/> Colitis o diverticulosis _____                    |
| <input type="checkbox"/> Cataratas _____                                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática o hepatitis _____             |
| <input type="checkbox"/> Pérdida Auditiva o problemas del oído _____       | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular o AIT _____             |
| <input type="checkbox"/> EPOC o Enfisema _____                             | <input type="checkbox"/> Convulsiones _____                                |
| <input type="checkbox"/> Neumonía _____                                    | <input type="checkbox"/> Depresión o ansiedad _____                        |
| <input type="checkbox"/> Alergias de temporada _____                       | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza _____                           |
| <input type="checkbox"/> Asma _____  | <input type="checkbox"/> Demencia o pérdida de la memoria _____            |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis _____                                | <input type="checkbox"/> Artritis o gota _____                             |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas pulmonares _____                  | <input type="checkbox"/> Nódulos tiroideos _____                           |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Vascular (Placa en las arterias) _____ | <input type="checkbox"/> Hipo o Hipertiroidismo _____                      |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco _____                              | <input type="checkbox"/> Diabetes _____                                    |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón _____                      | <input type="checkbox"/> Dolor del nervio diabético o entumecimiento _____ |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto _____                             | <input type="checkbox"/> Infecciones del pie diabético _____               |
| <input type="checkbox"/> Fiebre escarlatina _____                          | <input type="checkbox"/> Enfermedad del ojo diabético _____                |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta _____                       | <input type="checkbox"/> Verrugas venéreas _____                           |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis _____                                   | <input type="checkbox"/> Amputación(es) _____                              |
| <input type="checkbox"/> Otras enfermedades del corazón _____              | <input type="checkbox"/> Hernia _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón _____                        | <input type="checkbox"/> Infecciones recurrentes de la vejiga _____        |
| <input type="checkbox"/> Hemorroides _____                                 | <input type="checkbox"/> Anemia _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia de la vejiga _____                  | <input type="checkbox"/> Otros problemas de riñón _____                    |
| <input type="checkbox"/> Cánceres _____                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud _____                    |  |

#### SÓLO HOMBRES:

- Agrandamiento o cáncer de próstata \_\_\_\_\_
- Impotencia o disfunción eréctil \_\_\_\_\_

#### SÓLO MUJERES:

- Ginecológica / obstétrica \_\_\_\_\_
- Problemas en los senos \_\_\_\_\_

#### Exámenes de detección del cáncer y mantenimiento rutinario de la salud:

Sólo Mujeres:

Última Prueba de Papanicolaou (PAP) \_\_\_\_\_ Última mamografía \_\_\_\_\_

Último examen pélvico \_\_\_\_\_

**HOMBRES y MUJERES** Examen de detección del cáncer de colon con muestra con materia fecal **O** colonoscopia (Fecha) \_\_\_\_\_

Por favor escriba el nombre del médico que realizó la colonoscopia \_\_\_\_\_

*(Continúe en la siguiente página)*

VACUNAS: (Año) Tétanos: \_\_\_\_\_ Neumonía: \_\_\_\_\_ Zostavax (culebrilla): \_\_\_\_\_ Gripe (Flu): \_\_\_\_\_

Último Médico de Cabecera nombre / dirección / número: \_\_\_\_\_

\*\* Por favor, firme hoy un permiso de divulgación de estos registros \*\* \_\_\_\_\_

Anote todos los especialistas que actualmente visita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anote todas las veces que ha estado hospitalizado, que ha sido operado, o herido.

| Año   | Operación, enfermedad o lesión | Hospital y Ciudad |
|-------|--------------------------------|-------------------|
| _____ | _____                          | _____             |
| _____ | _____                          | _____             |
| _____ | _____                          | _____             |
| _____ | _____                          | _____             |

Medicamentos que está tomando actualmente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALERGIAS**

\_\_\_\_\_

Medicamentos sin receta o suplementos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Productos de fumar o de tabaco: Paquetes por día \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Fecha de dejó de fumar: \_\_\_\_\_

Bebidas alcohólicas por día o por mes: \_\_\_\_\_ Consumo de drogas: \_\_\_\_\_

Orientación sexual: \_\_\_\_\_

**Historia de la Salud de su Familia**

|          | Edad si Vive | Edad al morir | ¿Tuvieron/Tienen presión arterial alta, enfermedades del corazón, derrames cerebrales, cánceres o diabetes? | Estado de salud o causa de la muerte |
|----------|--------------|---------------|---|--------------------------------------|
| Padre    | _____        | _____         | _____   | _____                                |
| Madre    | _____        | _____         | _____   | _____                                |
| Hermanos | _____        | _____         | _____   | _____                                |
| Cónyuge  | _____        | _____         | _____   | _____                                |
| Hijos    | _____        | _____         | _____   | _____                                |

¿Tiene Instrucciones por Adelantado para los Cuidados Médicos o Testamento en Vida?

\_\_\_\_\_

¿Tiene un Poder de Representación Médica? \_\_\_\_\_ ¿Quién es? \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre y relación de la persona llenando el formulario (si no es el paciente) \_\_\_\_\_