

Cuestionario de la Historia Clínica del Adulto

<p>Razón de su Visita Liste en orden de importancia para usted</p>	<p>Medicinas: Liste todas las medicinas, hierbas, vitaminas o suplementos nutricionales</p>	<p>Alergias: Liste cualquier alergia a medicamentos y/o comidas</p>
---	--	--

Historia Medica Pasada:

¿Tiene o ha tenido alguna vez alguna de las siguientes condiciones?

Ponga una palomita (✓) en cada cuadro "si" o "no" – por favor **no ponga líneas rectas**. Complete **AMBAS** columnas.

	NO	SI	Comentarios		NO	SI	Comentarios
alta presión				riñón / problemas de la orina			
colesterol alto				derrame cerebral			
diabetes				Cáncer			especifique:
problemas del corazón / dolor de pecho				problemas de próstata			
problemas de tiroides				artritis / problemas en las articulaciones			
problemas de pulmón / asma				problemas de espalda			
problemas en los senos				lesiones serias			
problemas visuales / ojos			Δ Lentes Correctivos	dolores de cabeza severos			
problemas al escuchar / oídos				convulsiones o ataques			
alergias estacionales				ansiedad / nerviosismo			
problemas del estómago / úlceras				coágulos de sangre (la pierna /el pulmón)			
problemas del hígado / hepatitis				problemas de la piel			
problemas del intestino/ pólipos en el colon				depresión			
hemorroides				otros problemas (por favor liste)			
problemas de la sangre / anemia				Cirugías			
transfusiones de sangre							

Cirugias Y Hospitalizaciones:

AÑO	ENFERMEDAD / LESION / CIRUGIA	HOSPITAL

Mujeres Solamente

Historia Reproductiva

<p>¿Edad de su primera menstruación? _____</p> <p>Primer día de su última menstruación (UDUM): _____</p> <p>¿Duración del ciclo? _____ ¿Días de flujo? _____</p> <p>Menstruación es : <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> irregular</p> <p>Número máximo de toallas / tampones usados en 1 hora _____</p> <p>Cólicos Menstruales:</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo</p> <p>Fecha de su ultimo papanicolaou: _____</p> <p>¿Fue normal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha tenido un papanicolaou anormal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>Fecha de su ultimo mamograma: _____</p> <p>¿Fue normal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Ha estado embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>Número total de embarazos: _____</p> <p>a) #Hijos nacidos: _____ d) # Nacidos muertos: _____</p> <p>b) # A los 9 meses: _____ e) # Abortos/ abortos involuntarios: _____</p> <p>c) # Prematuros: _____ f) # Ectópicos /o de trompas _____</p> <p>Ultima fecha que dio a luz: _____</p> <p>¿Algún problema? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>¿Número de hijos que viven? _____</p> <p>¿Está usted dando pecho a su hijo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p>
---	--

¿Su mama tomo la hormona DES cuando estaba embarazada de usted? No Si No se

Sintomas:

¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas? *Por favor complete ambas columnas*

(✓)Tache sí o no, por favor, sin líneas rectas.

	NO	SI	Comentarios		NO	SI	Comentarios
Ritmo cardiaco inusual				Mareos / vértigo/sensación de desmayo			
Dolor de Pecho				Problemas para dormir pocos o muchos			
Sudar por las noches				Problemas / dolor durante relaciones sexuales			
Problemas Respiratorios				Debilidad			
Tos Frecuente				¿Poco interés / placer haciendo cosas?			
Indigestión				¿Sentirse triste, deprimido, sin esperanza?			
Dolor Abdominal				Muy a menudo se siente de mal humor, agitado, abrumado			
Problemas para orinar							
Estreñimiento / Diarrea				¿Alguien ha abusado de usted o lastimado?			
Aumento o pérdida de peso inusual				<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> recientemente <input type="checkbox"/> en el pasado			
Sangre en el excremento o en el recto				En caso afirmativa, ¿cómo?			
Bochornos femeninos				<input type="checkbox"/> Físicamente <input type="checkbox"/> Mentalmente <input type="checkbox"/> Sexualmente			
				¿Actualmente se siente seguro en su casa? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> a veces			
				Algún otro síntoma:			

Historia Familiar:

¿Alguien en su familia /o sus familiares de sangre ha padecido alguna de las siguientes condiciones?

Complete ambas columnas.

	NO	SI	Comentarios		NO	SI	Comentarios
Alta presión				Problemas Gastrointestinales			
Diabetes o azúcar alta				Hepatitis / Problemas del Hígado			
Problemas del Corazón				Alcohol / Problemas de drogas			
Derrame cerebral				Problemas emocionales / psiquiátricos			
Cáncer				Trastornos hereditarios			
Tuberculosis o problemas de pulmón				Talasemia o anemia de células falciformes			
Problemas de riñón o al orinar				¿Algún otro problema en la familia?			

Habitos

¿Necesita ayuda para realizar sus ACTIVIDADES DIARIAS? No Si En caso afirmativo, por favor marque la opción que corresponda:
 Cocinar Ir al supermercado Vestirse Ir a dormir Usar el baño Levantarse de una silla Tomar sus medicinas

USA O ALGUNA VEZ HA CONSUMIDO, las siguientes:

Tabaco	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Tipo? _____	# Cajetillas por día	# años? _____	Ultimo consumo?
Alcohol	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Tipo? _____	# Debidas por día	# años? _____	Ultimo consumo?
Drogas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Tipo? _____	# Veces a la	# años? _____	Ultimo consumo?

Historia Sexual

Sin experiencia sexual nunca antes Virgen (no penetración previa) No sexualmente activo en este momento
 Sexualmente activo con (marque todas las que aplican): Hombres Mujeres Ambos Pagado por sexo o prostituta

Número de parejas en los últimos 12 meses: _____

Su más reciente relación fue hace _____ meses /años

Frecuencia en que tiene relaciones sin protección: nunca ocasional a menudo

Encuentro sin protección más reciente fue hace _____ semanas/meses/años

¿Su Pareja sexual tiene otras parejas sexuales? No Si No se / tal vez

Has tenido una pareja sexual quien ha tenido sexo con:

usuario de drogas intravenosas prostitutas/pagado por sexo personas del mismo sexo

¿Has tenido o tu pareja (s) sexual tenido alguna infección relacionada con el sexo?

No Si (En caso afirmativo, especifique):

Metodos Anticonceptivos

¿Qué importante es evitar el embarazo en este momento? Muy Algo No tan importante

¿Desea tú o tu pareja tener un hijo en los próximos dos años? Si No Quizás

¿Le gustaría recibir información sobre como planear un embarazo sano? Si No

¿Qué método anticonceptivo está usted usando actualmente?

Ninguno Condones Pastillas Inyección Dispositivo Ligadura de trompas Otro: _____

¿Le ha causado problemas algún método anticonceptivo? No Si, explique:

¿Qué método anticonceptivo ha usado anteriormente? (marque todos los que aplican)

Hombres contesten la primera línea, mujeres cualquiera que aplique

Ninguno Abstinencia Método del Ritmo Retiro Condón Vasectomía

Pastillas Parche Inyección (Depo) Diafragma Dispositivo

Ligadura de trompas Espuma /Vaginal Otro (especifique): _____

Ejercicio

¿Hace ejercicio regularmente? No Si En caso afirmativo ¿Qué tipo? _____ ¿Cuántos minutos por día/semana? _____

Dieta

¿Tiene o ha tenido un desorden alimenticio o problemas para comer? No Si, explique:

Consumo en dieta actual:	Alto	Medio	Poco	Comentarios
Grasa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fibra (Fruta / Vegetales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cafeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Azúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Agua / Líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vacunas Y Exámenes Medicos

¿Qué vacunas a usted recibido en el pasado <i>como adulto o niño?</i> (Por favor marque)	
<input type="checkbox"/> Tétano	<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> Hepatitis A
<input type="checkbox"/> TRIPLE VIRAL	<input type="checkbox"/> Hepatitis B
<input type="checkbox"/> Rubeola	<input type="checkbox"/> Varicela
<input type="checkbox"/> Pneumovax	
Marque aquí si recibiste tus vacunas de la infancia en Estados Unidos <input type="checkbox"/> Marque aquí si usted no ha recibido ningún tipo de vacuna <input type="checkbox"/>	
¿Cuándo fue su más reciente prueba de piel para la tuberculosis? _____	
¿Alguna vez usted ha tenido un resultado positivo de la prueba de piel de TB? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	En caso afirmativo, Los resultados de los rayos X fueron: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
¿Alguna vez usted ha recibido tratamiento para la tuberculosis? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si En caso afirmativo, por favor conteste lo siguiente: Fecha del tratamiento: _____ Nombre del medicamento: _____ Duración del tratamiento: _____ meses	
Esta forma fue llenada por: <input type="checkbox"/> Yo mismo, el <i>paciente</i> : _____ Fecha de hoy: _____	
<input type="checkbox"/> Personal de TCHC _____ (nombre)	<input type="checkbox"/> Amigo/Familiar: _____ (Nombre / Relación)