



CUESTIONARIO DE SALUD HISTORIAL

Toda las respuestas contenidas en este cuestionario serán mantenidas confidencial y formarán parte de su registro médico.

NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre):		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Fecha de Nacimiento:	
Médico previo o remitente:			Fecha del último examen físico:		
¿Qué problema médico lo/a trajo hoy para ser evaluado?					
HISTORIAL DE SALUD PERSONAL					
<i>Favor indicar si usted a pasado por las siguientes situaciones o operaciones:</i>					
Historia Cardiovascular		Fecha/Año		Hospital	
Infarto de Miocardio (Ataque al Corazón)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cateterismo Cardíaco/Angiograma/Stent		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cirugía de Derivación de la Arteria Coronaria		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Prueba de Esfuerzo en la Banda Continua		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Ecocardiograma (Ultrasonido del Corazón)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Monitor de Holter (verificador de latido irregular)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Marcapasos/Desfibrilador		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Indique cualquier condición médica que otros médicos hayan diagnosticado:					
		Fecha de Diagnóstico		Fecha de Diagnóstico	
<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta				<input type="checkbox"/> Otros Diagnóstico	
<input type="checkbox"/> Colesterol Elevado					
<input type="checkbox"/> Diabetes					
<input type="checkbox"/> Arritmia Cardíaca					
<input type="checkbox"/> Derrame/Embolia					
<input type="checkbox"/> Enfermedad Arterial Periférica					
Cirugías/Hospitalizaciones					
Motivo		Fecha/Año		Hospital	
Catalogar todas la recetas médicas, medicamentos sin receta, vitaminas, suplementos o herbarios nutricionales.					
Medicamento	Dosis	Frecuencia	Medicamento	Dosis	Frecuencia

NOMBRE:		Fecha de Nacimiento:	
Alergias o sensibilidades (Por favor incluya: solución de contraste intravenosa, tinta de rayos X, yodo, pescado o marisco)			
Medicamento		Tipo de Reacción	

HISTORIAL CARDÍACO Y SÍNTOMAS			
<i>Por favor indique cuales siguientes temas de salud pertenecen en su historial médico marcando la casilla correspondiente:</i>			
<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática ¿A que edad?	<input type="checkbox"/> Cardiopatía Reumática ¿A que edad?	<input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata ¿A que edad?	
<input type="checkbox"/> Cardiopatía Congénita ¿Qué tipo?		<input type="checkbox"/> Soplo del Corazón ¿Se observó por primera vez, cuando?	
<input type="checkbox"/> Molestia o Dolor en el Pecho	¿Con qué frecuencia?	¿Cuándo?	¿Con ejercicio? ¿En reposo?
<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Desmayo (síncope)	<input type="checkbox"/> Mareado/aturdido	<input type="checkbox"/> Falta de aliento durante esfuerzo
<input type="checkbox"/> Uso 2 o Más Almohadas para Dormir	<input type="checkbox"/> Falta de Aliento que lo/a Despierta	<input type="checkbox"/> Ronca	<input type="checkbox"/> Tos
<input type="checkbox"/> Acidez o Reflujo Gastroesofágico	<input type="checkbox"/> Pérdida o Aumento de Peso Reciente	<input type="checkbox"/> Fibre	<input type="checkbox"/> Escalofríos
<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Previa Extirpación Venosa (Piemas)	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Sudoración
<input type="checkbox"/> Vómito	<input type="checkbox"/> Inflamación en los Tobillos	<input type="checkbox"/> Flebitis	<input type="checkbox"/> Dolor de pierna, glúteo o pie al caminar
<input type="checkbox"/> Úlceras o Llagas en los Pies	<input type="checkbox"/> Dificultad con Erección o Eyaculación	<input type="checkbox"/> Cansancio Anormal	<input type="checkbox"/> Se Siente Deprimido/a

HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR							
	EDAD	PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICATIVOS	EDAD AL FALLECER		EDAD	PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICATIVOS	EDAD AL FALLECER
Padre				Hijos o Hijas	<input type="checkbox"/> Hombre		
Madre					<input type="checkbox"/> Mujer		
Hermano/a	<input type="checkbox"/> Hombre				<input type="checkbox"/> Hombre		
	<input type="checkbox"/> Mujer			<input type="checkbox"/> Mujer			
Hermano/a	<input type="checkbox"/> Hombre			<input type="checkbox"/> Hombre			
	<input type="checkbox"/> Mujer			<input type="checkbox"/> Mujer			

HISTORIAL SOCIAL		
Personal	¿Donde nació?	Ocupación actual:
	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	¿Cuántos hijos/a y sus edades?
Ejercicio	<input type="checkbox"/> Sedentario (No ejercia)	
	<input type="checkbox"/> Ejercicio moderado, ligero (e.g. subir escalones, caminar 3 vueltas alrededor de la cuadra, jugar golf)	
	<input type="checkbox"/> Ejercicio vigoroso ocasional (e.g. de trabajo o recreación, menos de 4 veces a la semana por 30 minutos)	
	<input type="checkbox"/> Ejercicio regular y vigoroso (e.g. de trabajo o recreación, 4 veces a la semana por 30 minutos)	
Alimentación	¿Está usted a dieta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es afirmativo, ¿Es una dieta especial prescrita por un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Número promedio de comidas día?	Clasificación del Consumo de Grasa <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo
Cafeína	Clasificación del Consumo de Sal <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo	¿Número de tazas/latas al día?
Alcohol	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Té <input type="checkbox"/> Coca <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Bebidas Energéticas	
	¿Consume alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es afirmativo, ¿Cuántas bebidas consume en una semana?
Tabaco	¿Es propenso a consumir alcohol compulsivamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no, ¿Fue usted bebedor empedernido en el pasado?
	¿Usa tabaco de alguna manera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es afirmativo, ¿Por cuantos años?
	Si no, ¿cuantos años que no?	
Drogas	<input type="checkbox"/> Cigarrillos-Paquetes al día	<input type="checkbox"/> Mascado-Número al día
	<input type="checkbox"/> Pipa-Número al día	<input type="checkbox"/> Puros-Número al día
Drogas	¿Consume usted drogas recreativas o ilícitas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Médico

Fecha