

Cuestionario de Salud Confidencial para Adultos

Por favor, pregunte al personal de recepción si tiene alguna pregunta.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Hoy: _____

Género: _____ Pronombres: _____ Orientación Sexual: _____

(En sus propias palabras, ex.: mujer trans, nonbinario, masculino, N/A, etc.) (opcional, ex.: el, ella, etc.) (ex.: lesbiana, bi, heterosexual, asexual, etc.)

Para las siguientes preguntas rellenar la información solicitada en su caso, o marque "sí" o "no" si usted está experimentando (o alguna vez ha experimentado) cualquiera de las siguientes condiciones.

Si una pregunta no se aplica a usted, escriba "NA".

HISTORIA DE VISITAS A CLÍNICAS/HOSPITALES

Has visto un otro proveedor de cuidado de la salud en el último año? No Sí

Quien/Donde: _____ Cuando: _____ Razón: _____

Quien/Donde: _____ Cuando: _____ Razón: _____

Ha estado hospitalizado, visitó una sala de emergencia, o ha tenido alguna cirugía en el último año? No Sí

Dónde: _____ Cuando: _____ Razón: _____

Dónde: _____ Cuando: _____ Razón: _____

HISTORIA MÉDICA

Tiene usted: (marque todo lo que corresponda)

- | | | | |
|--|---|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Osteoporosis/Problemas Óseos | <input type="radio"/> Enfermedades Neurológicas | <input type="radio"/> Enfermedad de la Piel | <input type="radio"/> Cáncer |
| <input type="radio"/> Enfermedad del Corazón | <input type="radio"/> Dolor de Cabeza | <input type="radio"/> Venas Varicosas | <input type="radio"/> Hepatitis |
| <input type="radio"/> Enfermedades de la Sangre | <input type="radio"/> Convulsiones | <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Soplo |
| <input type="radio"/> Transfusión de Sangre | <input type="radio"/> Desórdenes Psiquiátricos | <input type="radio"/> Sangrado Rectal | <input type="radio"/> Diabetes |
| <input type="radio"/> Alta Presión | <input type="radio"/> Infecciones del Tracto Urinario | <input type="radio"/> Enfermedades Respiratorias | <input type="radio"/> Colesterol |
| <input type="radio"/> Enfermedad del Riñón | <input type="radio"/> Enfermedad del Estómago/Intestino | <input type="radio"/> Cálculos biliares | <input type="radio"/> Asma |
| <input type="radio"/> Problemas de la Tiroides | <input type="radio"/> Coágulos de Sangre (en sus piernas, pulmones, u otros sitios [distintos de sangrado menstrual]) | | |

Si usted tiene alguna alergia favor enumerarlos aquí: _____

Es usted alérgico a algún medicamento? _____

Está tomando algún medicamento con regularidad?: No Sí

Escriba los medicamentos que toma incluyendo los medicamentos de venta libre (ex. ibuprofeno) y vitaminas/suplementos:

Ha tenido alguna enfermedad o cirugías mayores anteriores? No Sí

HISTORIA DE EXÁMENES Y VACUNAS

Cuándo fue su último:	Fecha:	O:	Cuándo fue su última vacunación para:
Examen Físico?	_____	<input type="radio"/> No recuerdo <input type="radio"/> N/A	La Gripe? _____ <input type="radio"/> No recuerdo <input type="radio"/> N/A
Prueba de colesterol? (si más de 35)	_____	<input type="radio"/> No recuerdo <input type="radio"/> N/A	Neumonía? _____ <input type="radio"/> No recuerdo <input type="radio"/> N/A
Colonoscopia? (si más de 50)	_____	<input type="radio"/> No recuerdo <input type="radio"/> N/A	Tétanos? _____ <input type="radio"/> No recuerdo <input type="radio"/> N/A
Análisis DEXA? (si más de 65, examen de osteoporosis)	_____	<input type="radio"/> No recuerdo <input type="radio"/> N/A	_____ <input type="radio"/> No recuerdo <input type="radio"/> N/A

HISTORIA SOCIAL

Está trabajando actualmente? No Sí
 Ocupación: _____

Existen riesgos laborales en su lugar de trabajo? No Sí
(ex., asbestos, productos químicos o humos, ruidos excesivos, etc.)

Bebes alcohol? No Sí Cuántas bebidas? _____ Con qué frecuencia? _____

Fumas cigarrillos? No Sí Cuántos (cigarrillos / packs) fuma al día? _____ *(marque uno)*

Hace ejercicio regularmente? No Sí Duración? _____ Con qué frecuencia? _____

Toma calcio? No Sí Cuánto toma? _____ Con qué frecuencia? _____

Toma bebidas de café / refrescos / energía? Toma pastillas de cafeína u otros suplementos?
 No Sí Cuánto toma? _____ Frecuencia? _____ No Sí Cuánto toma? _____ Frecuencia? _____

Usa drogas ilegales? No Sí Usa drogas inyectables? No Sí

Hay alguien hacienda daño, amenazar o abuser de usted? No Sí Deseo no contestar.

Alguna vez ha sido física, emocional, o sexualmente abusado, o forzada a tener relaciones sexuales? No Sí Deseo no contestar.

HISTORIA FAMILIAR

Indique si está activado el lado Materno (M) o Paterno (P) de la familia. Si es adoptada (familia desconocida) marque: .

	Miembro de:	Fecha:		Miembro de:	Fecha:
<input type="radio"/> Derrame Cerebral <i>(antes de 50)</i>	M P		<input type="radio"/> Derrame Cerebral <i>(después de 50)</i>	M P	
<input type="radio"/> Síndrome de Down	M P		<input type="radio"/> Diabetes	M P	
<input type="radio"/> Enfermedad de la Vesícula Biliar	M P		<input type="radio"/> Enfermedad de Tay-Sachs	M P	
<input type="radio"/> Enfermedad del Corazón	M P		<input type="radio"/> Enfermedad Genética	M P	
<input type="radio"/> Cáncer	M P		Tipo de Cáncer: _____		

HISTORIA SEXUAL

Nota: Usted no está obligado a revelar el género de cualquier pareja sexual, incluyendo su pareja actual, en este formulario.

Tienes relaciones sexuales? No Sí Edad al primer relación sexual: ____ Número de parejas en el último año: ____

Está usted sexualmente active ahora con: Mujeres Hombres Parejas Sexuales de Otros Géneros
(marque todo lo que corresponda)

Tiene actualmente una pareja sexual? No Sí Si es así, cuánto tiempo has estado con ellos? _____

Su pareja sexual actual haber: Otras parejas sexuales? No Sí Parejas sexuales masculinas? No Sí

Indique si alguno de sus socios actuales o anteriores son: Usuarios de drogas inyectables Trabajadores sexuales

HISTORIA DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS

Método actual: _____

Quieres cambiar tu método? No Sí

Revise otros métodos anticonceptivos usados en el paso. Entrada de fechas aproximadas y los problemas que has tenido.

	Tipo	Fechas de Uso	Problemas (si los hay)		Tipo	Fechas de Uso	Problemas (si los hay)
<input type="radio"/>	Pastillas			<input type="radio"/>	Condones		
<input type="radio"/>	IUD (DIU)			<input type="radio"/>	Anillo/Parche		
<input type="radio"/>	Diafragma			<input type="radio"/>	Depo-Provera		
<input type="radio"/>	Espuma/Film			<input type="radio"/>	Ritmo/NAP		

HISTORIA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Ha tenido la vacuna contra la Hepatitis B? (Totales tres (3) inyecciones) No Sí, fecha: _____

Alguna vez ha sido tratado por alguna de las siguientes enfermedades de transmisión sexual (ETS)?

Clamidia, fecha: _____ Gonorrea, fecha: _____ VIH/SIDA, fecha: _____
 Sífilis, fecha: _____ Herpes, fecha: _____ Verrugas Genitales (HPV), fecha: _____

Cualquier persona tiene relaciones sexuales con ahora o recibido tratamiento para una ETS?

Clamidia, fecha: _____ Gonorrea, fecha: _____ VIH/SIDA, fecha: _____
 Sífilis, fecha: _____ Herpes, fecha: _____ Verrugas Genitales (HPV), fecha: _____

HISTORIA DE LA HORMONAL, MENSTRUAL, Y SALUD REPRODUCTIVA

Actualmente tiene dolor pélvico? No Sí Donde/cual tipo de dolor? _____

Alguna vez ha tenido alguna cirugía pélvica? No Sí, tipo de cirugía: _____

Ligadura de Trompas? No Sí Histerectomía? No Sí Si es así, círculo de que tipo: Total o Parcial

Está tomando pastillas anticonceptivas por cualquier razón? Por ejemplo, tratamiento para PMD/TDPM. No Sí

Está usted actualmente recibiendo la terapia de reemplazo hormonal? (por cualquier razón) No Sí

Ha estado expuesto a DES (diethylstilbestrol)? (1938-1971) No Sí

Marque aquí si no tiene que llenar el siguiente apartado: Nota por qué, si se desea. _____

Edad que comenzó a menstruar: _____ Primer día del último periodo menstrual: _____

Usualmente llega cada _____ días. Usualmente dura _____ días.

Calambres: Ligero Medio Pesado Flujo: Ligero Medio Pesado

Ha experimentado la menopausia? No Sí, edad: _____ Sangrado después de la menopausia? No Sí

Fecha de la última prueba de Pap: _____ Has tenido una citología vaginal anormal? _____

Tiene la capacidad de concebir? No Sí Número de embarazos (independientemente de resultado): _____

Número de cada resultado: Nacimientos: _____ Abortos: _____ Las Cesáreas _____ Abortos involuntarios _____

En su caso, ha tenido relaciones sexuales sin protección desde el último periodo? No Sí, fecha: _____

HISTORIA DE LA SALUD DEL SISTEMA URINARIO/GENITAL

Ha estado experimentando:

Dificultad para iniciar un flujo de orina? No Sí Sangre en la orina? No Sí

Levantarse por la noche para orinar? No Sí Necesidad frecuente de orinar? No Sí

Marque aquí si no tiene que llenar el siguiente apartado: Nota por qué, si se desea. _____

Tiene una historia de testículo no descendido? No Sí N/A

Tiene una historia de la impotencia? No Sí N/A

Tiene un bulto en el testículo? No Sí N/A

Está experimentando problemas de próstata? No Sí N/A (50+) Fecha del último examen de próstata: _____

HISTORIA DE LA SALUD DE LOS SENOS

Fecha del último examen de los senos: _____ Fecha de la última mamografía: _____

Tiene antecedentes de problemas en los senos? No Sí, cuando: _____ Qué tipo de problemas? _____

Tiene un historial familiar de cáncer de mama? No Sí, quien: _____

Tiene antecedentes de cirugía de los senos? No Sí, cuando: _____ Qué tipo de cirugía? _____

ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE

Indica las síntomas/problemas actuales que está experimentando. Firmar al completar.

GENERAL		
¿Recientemente ha experimentado:		
Fiebre:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Temblorina:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Sudores:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Cambio reciente de peso:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

PIEL		
¿Recientemente ha experimentado:		
Acné:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Cambio de color de piel o lunar:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Historia de cáncer en la piel/melanoma:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Salpullido:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

VISTA		
¿Recientemente ha experimentado:		
Vista borrosa:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Cataratas:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Glaucoma:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Ojos llorosos/secos:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

HEMATOLOGÍA		
¿Recientemente ha experimentado:		
Anemia:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Moretes fácilmente:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Sangra mucho:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Historia de transfusión de sangre:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

OÍDOS, NARIZ y GARGANTA		
¿Recientemente ha experimentado:		
Sangre en las encías:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Dolor de oídos:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Perdida de oír bien:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Garganta ronca:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Irritación en la nariz, estornudos:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Flujo nasal, congestión:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Sonido en los oídos:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

CARDIO-RESPIRATORIO		
¿Recientemente ha experimentado:		
Dolor de pecho:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Tos Crónica:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Soplo en el corazón:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Alta presión:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Colesterol:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Historia de ataque al corazón:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Falta de Respiración:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

GASTRO-INTESTINAL		
¿Recientemente ha experimentado:		
Dolor abdominal:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Excremento negro o con sangre:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Estreñimiento:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Diarrea:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Enfermedad de la vesícula:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Acidez gástrica:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Nausea o vomito:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Úlcera:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

ENDOCRINO		
¿Recientemente ha experimentado/sido diagnosticado con:		
Diabetes:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Obesidad:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Problemas de la tiroides:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

MUSCULO-SKELETO		
¿Recientemente ha experimentado:		
Dolor de espalda:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Dolor en las articulaciones:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Calambres en las piernas:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

NEURO/PSIQUIATRICO		
¿Recientemente ha experimentado/sido diagnosticado con:		
Depresión:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Mareos:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Dolor de cabeza:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Historia de derrame cerebral:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Convulsiones:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

GENITOURINARIO		
¿Recientemente ha experimentado:		
Ardor al orinar:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Flujo vaginal inusual:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Sangrado vaginal inusual:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Dolor durante las relaciones sexuales:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

Tiene otros problemas de salud? _____

Por favor firme abajo:

Firma del Paciente

Fecha