

**Cuestionario de Salud Confidencial para Pacientes de Tercera Edad**

*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 <i>(en sus piernas, pulmones, u otros sitios [distintos de sangrado menstrual])</i> |  |                                  |

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?	_____	<input type="radio"/> No recuerdo <input type="radio"/> N/A	¿Neumonía? _____ <input type="radio"/> No recuerdo <input type="radio"/> N/A
¿Colonoscopia?	_____	<input type="radio"/> No recuerdo <input type="radio"/> N/A	¿Tétanos? _____ <input type="radio"/> No recuerdo <input type="radio"/> N/A
¿Análisis DEXA? <i>(examen de osteoporosis)</i>	_____	<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 abusar 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"/>	Condomes		
<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 ¿Dónde/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. \_\_\_\_\_

¿Ha experimentado la menopausia?  No  Sí, edad: \_\_\_\_\_ ¿Sangrado después de la menopausia?  No  Sí

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

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 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.

<b>GENERAL</b>		
¿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

<b>PIEL</b>		
¿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

<b>VISTA</b>		
¿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

<b>HEMATOLOGÍA</b>		
¿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

<b>OÍDOS, NARIZ y GARGANTA</b>		
¿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

<b>CARDIO-RESPIRATORIO</b>		
¿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

<b>GASTRO-INTESTINAL</b>		
¿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

<b>ENDOCRINO</b>		
¿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

<b>MUSCULO-SKELETO</b>		
¿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

<b>NEURO/PSIQUIATRICO</b>		
¿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

<b>GENITOURINARIO</b>		
¿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