

Cuestionario de Salud

Nombre	Fecha	Fecha de Nacimiento
--------	-------	---------------------

Historial Medico Favor de anotar si algun pariente de sangre tiene una de estas condiciones.

Condicion	Parientes (s)	Condicion	Pariente (s)
Epilepsia		Osteoporosis	
Migraña		Artritis	
		Enfermedad del Corazon	
Enfermedad Mental		Ataque Cerebral	
Glaucoma		Alta Presion	
Diabetes		Colesterol Alto	
Tiroides		Alcoholismo	
Fiebre de Heno		Hepatitis	
Asma		Cáncer	
Anemia		Otro	
Sangra Facilmente			

Hospitalisaciones (No Incluyendo Embarazos)

Año	Enfermedad/Operacion	Año	Enfermedad/ Operacion

Medicamento que se esta tomando. (Incluyendo las que compra sin receta)

--	--	--	--

Alergias a Medicamento

--	--

Suplementos (Adjunte su lista si es necesario)

--	--

Historial de Vacunas

Vacuna	Año de la ultima Vacuna	Vacuna	Año de la ultima Vacuna
Tetano/Td		Tdap (tetano, Difteria, Tos Ferina)	
Influenza (flu)		MMR (sarampion rojo, paperas, sarampion)	
Neumonia		Menegitis	
Hepatitis A		Varicela	
Hepatitis B			
Tos Ferina			Continue a la siguiente pagina

Historial Medico Marque "C" si el problema es reciente. Marque una (v) si a tenido uno de estos problemas y su edad cuando lo tuvo.

<input type="checkbox"/> Disminuicion de la Audición	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Hernia	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica
--	--------------------------------------	---------------------------------	---

<input type="checkbox"/> Zumbido en el Oido	<input type="checkbox"/> Aumento/Perdida de Peso <input type="checkbox"/> Apetito	<input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatina
<input type="checkbox"/> Infecciones del Oido -Frecuentes	<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Moretones con Facilidad	<input type="checkbox"/> Varicella <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Paperas
<input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Herpes
<input type="checkbox"/> Le falla la vista <input type="checkbox"/> Dolor de ojo		<input type="checkbox"/> SIDA/VIH <input type="checkbox"/> Enfermedad Venerea
Fecha de ultimo examen de la vista _____	Urinacion - Vejiga Hiperactiva	<input type="checkbox"/> Problemas Sexuales/Placer
<input type="checkbox"/> Visión doble o borrosa	<input type="checkbox"/> De noche mas de 2 veces	<input type="checkbox"/> Disminuyo placer por la vida
<input type="checkbox"/> Hemorragias Nasales	<input type="checkbox"/> Mas de 8 veces en 24 horas	<input type="checkbox"/> Disminuyo rendimiento laboral
<input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/> Urgencia para Orinar <input type="checkbox"/> Con gotera	
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta - Frecuente	<input type="checkbox"/> Disminucion de fuerza o flujo <input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> oz. por semana
<input type="checkbox"/> Ronquera - Prolongada	<input type="checkbox"/> Escape de orina con ejercicio/movimiento	<input type="checkbox"/> Cafe/Tea <input type="checkbox"/> Tazas al día
<input type="checkbox"/> Fiebre de Heno/Alergias	<input type="checkbox"/> Sangre en la Orina <input type="checkbox"/> Piedras en Riñones	<input type="checkbox"/> Fuma Cig/día <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Neumonía/Pleuresia	<input type="checkbox"/> Infección en la Orina - Frecuente	Año de dejar de Fumar _____
<input type="checkbox"/> Bronquitis/Tos Crónica	<input type="checkbox"/> Moja la Cama	<input type="checkbox"/> Ejercicio _____
<input type="checkbox"/> Asma/Sibilancias		<input type="checkbox"/> Drogas Callejeras
Fecha de análisis de TB _____	<input type="checkbox"/> Energía disminuida/aguante/fatiga	<input type="checkbox"/> Bello facial no deseado
<input type="checkbox"/> Falta de Aliento	<input type="checkbox"/> Cáncer tipo: _____	Pérdida de cabello: Progressiva <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Esfuerzo <input type="checkbox"/> Acostado de Espalda	<input type="checkbox"/> Diabetes	Reciente <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> En la Última Semana <input type="checkbox"/> Afecta Estilo de Vida	<input type="checkbox"/> Thyroid Disease	Hombres <input type="checkbox"/> Problemas Prostata
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Alta Presión	<input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Ataque Cerebral	
Fecha de análisis de Colesterol _____	<input type="checkbox"/> Temblor en las manos	Mujeres - Favor de llenar
<input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco <input type="checkbox"/> Tobillos Hinchados	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Entumecimiento donde _____	Menstruación:
<input type="checkbox"/> Pulso Irregular <input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Artritis/Reumatismo	<input type="checkbox"/> Reg <input type="checkbox"/> Irreg. <input type="checkbox"/> Dolor/Cólico
<input type="checkbox"/> Dolor de Piernas - Cuando camina	<input type="checkbox"/> Fracturas de Huesos <input type="checkbox"/> Lesión de Colluntura	Cuántos Días <input type="checkbox"/> Días en ciclo <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Varices/Flebitis	<input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda	Primer día de su Regla:
<input type="checkbox"/> Pies Entumecidos y Fríos	<input type="checkbox"/> Dolor de Pies <input type="checkbox"/> Gota	Fecha _____
<input type="checkbox"/> Pérdida de Apetito - Reciente	<input type="checkbox"/> Sarpullido <input type="checkbox"/> Urticaria	Cuántos:
<input type="checkbox"/> Dificultad para Tragar	<input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Eczema	Embarazos <input type="checkbox"/> Abortos <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Agruras <input type="checkbox"/> Úlcera péptica	<input type="checkbox"/> Problemas de Concentración	Aborto Involuntario <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aspirina/Artritis/Pastillas para dolor	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Nervios	Tipo Anticonceptivo _____
<input type="checkbox"/> Náusea/vómito <input type="checkbox"/> Problemas con Viscera	<input type="checkbox"/> Agitación <input type="checkbox"/> Pérdida de Memoria	Nombre de Pastilla Anticonp _____
<input type="checkbox"/> Ictericia/Hepatitis	<input type="checkbox"/> Malhumorado <input type="checkbox"/> Pensamientos Suicidas	<input type="checkbox"/> Enrojecimiento/Menopausia
<input type="checkbox"/> Síndrome del Intestino Irritable	<input type="checkbox"/> Piensas que no vales nada	<input type="checkbox"/> Dolor/sangrado durante sexo
<input type="checkbox"/> Dolor Abdominal <input type="checkbox"/> Hinchazón/malestar	<input type="checkbox"/> Fobias <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> con Náusea
<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Constipación	<input type="checkbox"/> Problemas para dormir -	Fecha Papanicolao _____
<input type="checkbox"/> Diverticulosis <input type="checkbox"/> Crohn's <input type="checkbox"/> Colitis	Desde hace cuando _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
<input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria del intestino	Que tan Frecuente _____	Fecha Mamografía _____
<input type="checkbox"/> Excremento con sangre	No amanece Descansado _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Fecha de análisis de sangre en excremento: _____		
Notes		