



Alexa von Lindeman, DO
 4809 Argonne St, Suite 200
 Denver, CO 80249
 (303) 563-2784
 (303) 563- 2781 (fax)

Original Date:
Dates Revised:

CUESTIONARIO DE SU HISTORIA MEDICA

Bienvenido(a) a nuestra clinica. Por favor completa el cuestionario.

Todas las preguntas seran confidenciales y seran parte de su expediente médico.

Nombre <i>(Pasado, primer, M.I.):</i>	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento:
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		
Doctor Anterior:	Fecha del examen físico mas reciente:	

HISTORIA MEDICA PERSONAL

Enfermedad de niñez:	<input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Poliomieltitis		
Fechas de las Inmunizaciones:	<input type="checkbox"/> Tétanos	<input type="checkbox"/> Pulmonía	
	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Varicela	
	<input type="checkbox"/> Gripe	<input type="checkbox"/> MMR <i>Sarampión, paperas, sarampión</i>	

Indique cualquier diagnosis medico que tiene

Ocupación actual

Cirugías

Año	Razón	Hospital

Otras hospitalizaciones

Año	Razón	Hospital

¿Ha tenido una transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

Sexo	¿Esta teniendo relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Si sí, está intentando quedar embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Si no, cual metodo de contracepcion utiliza?		
	¿Tiene dolor o malestar con las relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Las enfermedades relacionadas con el virus humano de la inmunodeficiencia (HIV), tal como el SIDA, se ha convertido en un problema de salud pública importante. Los factores de riesgo para esta enfermedad incluyen el uso intravenoso de drogas y relaciones sexuales desprotegidas. ¿Usted quiere hablar con la doctora sobre su riesgo de esta enfermedad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Seguridad personal	¿Usted vive solo(a)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Usted tiene caidas frecuentes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Usted tiene pérdida de visión o de oído?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Do you have an Advance Directive or Living Will?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Querria mas información sobre la preparación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	El abuso físico y/o mental se han convertidos en problemas graves en este país. Esto toma a menudo la forma de comportamiento verbalmente amenazador o de abuso físico o sexual. ¿Usted querria discutir sobre esto con su doctora?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

HISTORIA MEDICA FAMILIAR

	EDAD	PROBLEMAS DE SALUD		EDAD	PROBLEMAS DE SALUD
Padre			Hijos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H	
Madre				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H	
Hermanos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H		Abuela <i>Maternal</i>		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H		Abuelo <i>Maternal</i>		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H		Abuela <i>Paternal</i>		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H		Abuelo <i>Paternal</i>		

SALUD MENTAL

¿Es la tensión (o el estres) un problema para usted?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se siente deprimido?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Usted se atierra cuando está tensionado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Usted tiene problemas con su apetito?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Usted llora con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Usted ha tratado de suicidarse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Usted ha pensado en lastimarse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Usted tiene problemas para dormir?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Usted alguna vez ha visto a un psicologo o consejero?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

MUJERES

Edad cuando empecé la menstruación:

Primer día de su última menstruación:

Tiene un período cada ____ días

Tiene períodos irregulares, dolorosos, o tiene descarga?

Sí No

Número de embarazos ____ Número de nacimientos vivos ____

¿Esta embarazada o amamantando?

Sí No

¿Ha tenido una D&C, una histerectomía, o una cesárea?

Sí No

¿En el último año a tenido infecciones de la vejiga o riñón?

Sí No

¿Ha visto sangre en su orina?

Sí No

¿Tiene problemas con controlar su vejiga?

Sí No

¿A tenido calores o sudores en la noche?

Sí No

¿Usted tiene la tensión, dolor, hinchazón, irritabilidad, u otros síntomas alrededor de la época de la menstruación?

Sí No

¿Ha tenido dolor, bultos o descarga de los senos?

Sí No

¿Cuándo fue su último papanicolao?

¿Ha tenido algún papanicolao anormal?

HOMBRES

¿Se levanta en las noches para orinar?

Sí No

¿Si respondió que sí, cuántas veces ____

¿Siente comezón o dolor al orinar?

Sí No

¿Se ha visto sangre en su orina?

Sí No

¿Ha tenido descarga o dolor en el pene?

Sí No

¿Le ha disminuido la fuerza de su orina?

Sí No

¿En los últimos 12 meses, ha tenido alguna infección de la vejiga, riñón o próstata?

Sí No

¿Siente que tiene dificultad en vaciar completamente su vejiga?

Sí No

¿Tiene alguna dificultad con tener erecciones o cuando ejacula?

Sí No

¿Tiene dolor o hinchazón de los testículos?

Sí No

¿Cuándo fue su último examen de próstata?

OTROS PROBLEMAS

Indique si tiene, o ha tenido, síntomas en cualquiera de las siguientes áreas

<input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Pecho/corazón	<input type="checkbox"/> Cambios recientes en su:
<input type="checkbox"/> Cabeza/cuello	<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Peso
<input type="checkbox"/> Orejas	<input type="checkbox"/> Intestino	<input type="checkbox"/> Nivel de energía
<input type="checkbox"/> Nariz	<input type="checkbox"/> Vejiga	<input type="checkbox"/> Abilidad para dormir
<input type="checkbox"/> Garganta	<input type="checkbox"/> Colon	<input type="checkbox"/> Otro dolor o malestar
<input type="checkbox"/> Pulmones	<input type="checkbox"/> Circulación	

He contestado las preguntas ciertamente. Entiendo que el proveer información incorrecta me puede impactar la salud de una manera negativa. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la doctora de cualquier cambio con respecto a mi salud.

Firma del paciente/pariente/guardian: _____ **Fecha:** _____