

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Marque todas las opciones que correspondan.

REVISIÓN DE SISTEMAS

En las últimas 4 semanas, ¿ha presentado alguno de los siguientes signos y síntomas?

- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Dolor de garganta
- Tos
- Dolor de pecho
- Palpitaciones
- Falta de aliento
- Dolor abdominal
- Náuseas
- Vómitos
- Diarrea
- Estreñimiento
- Ardor al orinar
- Dificultad para orinar
- Depresión
- Déficit cognitivo
- Déficit de la vista: Anteojos Lentes de contacto
 Otro _____
- Déficit auditivo: Audífono(s) Sordera
 Implante coclear Otros _____
- Otros: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Alguna vez tuvo alguno/a de los/as siguientes problemas/enfermedades?

- Prueba de Papanicolaou anormal
- Alcoholismo
- Enfermedad de Alzheimer
- Angina de pecho (dolor de pecho)
- Artritis
- Asma
- Fibrilación auricular
- Anemia
- Trastorno bipolar
- Ceguera
- Coágulo de sangre / Trombosis venosa profunda (TVP)
- Accidente cerebrovascular (ACV) / Derrame cerebral
- Enfermedad arterial coronaria
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Cáncer
- Enfermedad cardíaca
- Uso de Coumadin
- Depresión
- Demencia (pérdida de la memoria)
- Diabetes
- Diverticulosis / Diverticulitis
- Enfermedad renal en etapa terminal (con diálisis)
- Enfermedad renal en etapa terminal / Insuficiencia renal crónica (sin diálisis)

CONTINUACIÓN DE ANTECEDENTES MÉDICOS

- Sangrado gastrointestinal
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Glaucoma
- VIH / sida
- Hiperlipidemia (colesterol alto)
- Hipertensión (presión arterial alta)
- Enfermedad renal
- Cálculo renal
- Enfermedad del hígado / Hepatitis
- Lupus
- Infarto de miocardio (ataque cardíaco)
- Menopausia
- Enfermedad mental
- Osteoporosis
- Edema periférico (hinchazón de las piernas)
- Enfermedad vascular periférica / Enfermedad arterial periférica
- Artritis reumatoide
- Esquizofrenia
- Trastorno convulsivo
- Anemia de células falciformes
- Trastorno por consumo de sustancias
- Comportamiento suicida
- Accidente isquémico transitorio (pequeño derrame cerebral)
- Trastorno tiroideo
- Tuberculosis
- Infección urinaria, recurrente
- Otros: _____

¿Recibió alguno de los siguientes servicios en los últimos 30 días?

- Fisioterapia Atención médica en el hogar
- Terapia ocupacional Cuidado para pacientes terminales
- Terapia del habla Atención ambulatoria de salud mental
- Radiación o Atención en un hospital de salud mental
quimioterapia

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

¿Le realizaron alguna de las siguientes cirugías?

- Adenoidectomía (extirpación de vegetaciones adenoides)
- Amputación por arriba de la rodilla
- Amputación por debajo de la rodilla
- Cirugía abdominal
- Injerto de derivación aortocoronaria
- Colectomía (extirpación de la vesícula biliar)
- Cirugía del corazón
- Reemplazo de articulación
- Cirugía de los oídos, la nariz o la garganta
- Mastectomía: Bilateral Unilateral
- Histerectomía: Extirpación del cuello uterino
 Tiene el cuello uterino.
- Tubos de equalización de presión (tubos en el oído)

CONTINUACIÓN DE ANTECEDENTES

QUIRÚRGICOS

- Cirugía protésica
- Angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) / Intervención coronaria percutánea (ICP) (angioplastia)
- Cirugía de la columna vertebral
- Cirugía de la tiroides
- Amigdalectomía (extirpación de las amígdalas)
- Ligadura de trompas (atadura de trompas)
- Cirugía vascular
- Problemas con la anestesia: Sí No
- Complicaciones con cirugías: Sí No
- Delirio después de cirugías: Sí No
- Otros: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Marque todas las opciones que correspondan y escriba su relación con usted.

- Alcoholismo _____
- Asma _____
- Trastorno bipolar _____
- Cáncer de mama _____
- Cáncer de colon _____
- EPOC _____
- Depresión _____
- Diabetes _____
- Hipertensión _____
- Enfermedad pulmonar _____
- Migrañas _____
- Osteoporosis _____
- Enfermedad respiratoria _____
- Cáncer de próstata _____
- Cáncer de vejiga/riñón _____
- Cálculos renales _____
- Enfermedad renal _____
- Enfermedad genética _____
- Esquizofrenia _____
- Anemia/Rasgo de células falciformes _____
- Trastorno por consumo de sustancias _____
- Suicidio _____
- Otros: _____

FACTORES DE RIESGO

¿Lo hospitalizaron en los últimos 30 días?

- Sí No

Si su respuesta es sí:

¿En qué hospital? _____

¿Cuándo le dieron el alta? _____

¿Se comunicó alguien con usted dentro de los 2 días hábiles posteriores a recibir el alta? Sí No

¿Ha consumido productos derivados del tabaco?

- En el presente En el pasado Nunca

Si lo hace en el presente:

¿Con qué frecuencia? _____

Año en que comenzó _____

Producto usado: Cigarrillos Cigarros Sin humo/masticable

¿Fuma alguien cerca de usted?

- Sí No

CONTINUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

¿Toma alcohol?

- Sí No

Si su respuesta es sí:

¿Con qué frecuencia? _____

Tipo de alcohol _____

¿Alguna vez sintió la necesidad de disminuir la cantidad? Sí No

¿Lo han molestado con quejas? Sí No

¿Se ha sentido culpable con respecto a la bebida? Sí No

¿Necesita tomar algo para despertarse a la mañana? Sí No

Comentarios: _____

¿Consumo sustancias ilegales?

- Sí No

Si su respuesta es sí: Comentarios: _____

¿Tiene riesgo alto de contraer VIH?

- Sí No

Si su respuesta es sí: Comentarios: _____

¿Cuántas bebidas con cafeína consume por día?

¿Con qué frecuencia usa el cinturón de seguridad?

- 100 % 75 % 50 % 25 % 0 %

¿Cuántas veces a la semana hace ejercicio?

¿Con qué frecuencia se expone al sol?

- Con frecuencia De vez en cuando Casi nunca

¿Se rompió algún hueso en el último año?

- Sí No

¿Se cayó en el último año?

- Sí No

¿Tuvo algún problema para orinar en los últimos 6 meses?

- Sí No

En las últimas 2 semanas, ¿se sintió decaído, deprimido o desesperado? No, en absoluto Varios días

La mayoría de los días Casi todos los días

En las últimas 2 semanas, ¿sintió poco interés o placer para hacer cosas? No, en absoluto Varios días

La mayoría de los días Casi todos los días

¿Alguna vez tuvo un ataque cardíaco una mujer de su familia menor de 65 años? Sí No

¿Alguna vez tuvo un ataque cardíaco un hombre de su familia menor de 55 años? Sí No

¿Tiene un testamento en vida?

- Sí No

¿Tiene un poder notarial duradero?

- Sí No

Si su respuesta es sí: ¿Quién es su representante? _____