

# CUESTONARIO DE SALUD DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_

RAZON POR SU CITA: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ ESTATURA: \_\_\_\_\_ (pies y pulgadas) PESO: \_\_\_\_\_ (libras)

## HISTORIA MEDICA

Anemia	Si / No	Artritis	Si / No
Tratamientos de radiacion	Si / No	Cirugia del corazon	Si / No
Valvulas Artificiales	Si / No	Marca Paso	Si / No
Asma	Si / No	Hemofilia/Hemorragias	Si / No
Dificultad al Respirar	Si / No	Hepatitis	Si / No
Transfusiones de Sangre	Si / No	Presion Arterial Alta o Baja	Si / No
Cancer/ Quimoterapia	Si / No	SIDA	Si / No
Defecto congenito de corazon	Si / No	Problemas de riñones	Si / No
Diabetis	Si / No	Deficiencia de la valvula mitral	Si / No
Enfisema	Si / No	Problemas psiquiatricos	Si / No
Epilepsia/Desmayos	Si / No	Fiebre reumatica	Si / No
Infarto/Trombosis	Si / No	Migrañas	Si / No
Ulceras/Colitis	Si / No	Enfermedades venerias	Si / No
Cuagulos de sangre	Si / No	Problemas de tiroide	Si / No
Otros problemas medicos:	_____		

## ALERGIAS

Aspirina Si / No  
Penicilina Si / No  
Codeina Si / No  
Latex Si / No  
Otras Alergias: \_\_\_\_\_

## HABITOS

Fuma/Cantidad? \_\_\_\_\_ Si / No  
Alcohol/ Cantidad? \_\_\_\_\_ Si / No  
Abuso de drogas? \_\_\_\_\_ Si / No

## CIRUGIAS

1. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
6. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
7. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
8. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
9. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS

*Especifique Medicamento y Condicion*

1. \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_  
6. \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_  
7. \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_  
8. \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_  
9. \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_