

Alta California Medical Group, Inc.
ESTADO ACTUAL DE SALUD
CUESTIONARIO

Nombre: _____ MRN: _____ Fecha: _____

Medicinas Actuales: (incluyendo las no recetadas) con la dosis y frecuencia que se toman

1) _____ 2) _____ 3) _____
 4) _____ 5) _____ 6) _____

Alergias: (describa la reacción) _____

Hospitalizaciones/Cirugias: Razon por hosp/cirugia y (incluyendo su niñez)

1) _____ 2) _____ 3) _____
 4) _____ 5) _____ 6) _____

Sus enfermedades en el pasado (marque si tiene o ha tenido en el pasado)

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza severos	<input type="checkbox"/> Probl. de visión	<input type="checkbox"/> Tiroides	<input type="checkbox"/> Pulmones
<input type="checkbox"/> Corazón	<input type="checkbox"/> Flebitis (Coág. De sangre)	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Úlcera estomacal	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Riñones	<input type="checkbox"/> Sangraduras	<input type="checkbox"/> Depresión severa	<input type="checkbox"/> Transfusiones	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Inflam. del pelvis	<input type="checkbox"/> Alta presión	<input type="checkbox"/> Embolia cerebral	<input type="checkbox"/> Alcolismo
<input type="checkbox"/> Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Vesícula	<input type="checkbox"/> Hígado	<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> Cáncer

Otros Problemas Médicos Mayores (liste): _____

Enfermedades en la familia: Por favor apunte cualquiera de las condiciones apuntadas arriba que ha tenido algun miembro de la familia.

Edad actual o edad al fallecer? Enfermedad/Condición? Vivo o muerto?

Padre	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____
Hermano/a	_____	_____	_____
Hermano/a	_____	_____	_____
Otro familiar	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otras enfermedades?	_____		

Sus hábitos de salud: Ha fumado? Si / No Cajas al día _____ Cuantos años fumó? _____
 Fuma ahora? Si / No Alcohol (promedio de bebidas por semana) _____ Ha masticado tabaco? Si / No
 Usó alguna vez cualquier droga o pildoras callejeras o recreativas? Si / No

Historia social: Cual es su ocupación actual? _____

Por favor apunte los miembros de su familia: _____

Medicina Preventiva – conteste cada pregunta lo mejor que pueda. [escriba "N/S" (No se) si es necesario].

Usa siempre el cinturón de seguridad?..... Si / No
 Cuando recibió su última vacuna del tétano?.....
 Cuando fue su último examen de colesterol en la sangre?.....
 Fue vacunado alguna vez contra la pulmonía?..... Si / No.... Si sí año aproximado _____
 Recibió este año la inyección contra la gripe (influenza)?..... Si / No
 Cuando fue el último examen de sangre en el excremento? (si ha tenido uno).....
 ¿Ha tenido colonoscopia en el pasado?..... Si / No.... Si sí, año aproximado _____

HOMBRES

Cuando fue el último examen rectal?.....

MUJERES

Cuando fue su último examen de Papanicolau?.....

Cuando fue su último mamograma? (si ha tenido alguno).....

de embarazos _____ # de partos _____ # de perdidas _____

de abortos _____ # de cesáreas _____ Fecha último embarazo _____

Método contraceptivo actual _____

Firma del paciente _____ Firma del doctor _____ MD/NP/PA

Fecha _____ Fecha _____