

# CUESTIONARIO MEDICO

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la residencia \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Cuestionario  
Salud Adulto

## ANTECEDENTES PERSONALES

Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_  
 Estado civil \_\_\_\_\_ Salud del cónyuge \_\_\_\_\_  
 Profesión \_\_\_\_\_

Residencia en los últimos 5 años \_\_\_\_\_  
 Educación hasta el \_\_\_\_\_ grado Horas habit. de sueño \_\_\_\_\_ Ayuda para dormir \_\_\_\_\_  
 Recreación \_\_\_\_\_  
 Ejercicio \_\_\_\_\_  
 Promedio por día:  
 Alcohol (tipo) \_\_\_\_\_  
 Té, café \_\_\_\_\_  
 Tabaco (tipo) \_\_\_\_\_

¿Indique su historial relativo a fumar? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene antecedentes de abuso de drogas ilegales? sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez estuvo bajo riesgo de contraer o expuesto a una enfermedad transmitida sexualmente o VIH? sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
 ¿Usa cinturones de seguridad? sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
 ¿Indique su exposición pulmonar laboral en el pasado? \_\_\_\_\_

Medicamentos tomados regularmente	Dosis	Frecuencia	Motivo

**ANTECEDENTES PERSONALES** (Encierre en un círculo "sí" o "no". Si la respuesta es "sí" indique el año en que ocurrió.)

¿HA TENIDO ALGUNA VEZ?	SÍ	NO	AÑO	ALERGIAS A MEDICAMENTOS
SARAMPIÓN				ENUMERE: _____
PAPERAS				_____
TOS FERINA				_____
POLIO				_____
FIEBRE ESCARLATINA				OTRAS ALERGIAS: _____
DIFTERIA				_____
MENINGITIS				_____
MONONUCLEOSIS INFECCIOSA				_____
FIEBRE DEL VALLE				_____
TUBERCULOSIS				_____
EXPOSICIÓN A TB				_____
PALUDISMO				_____
ENFERMEDAD VENÉREA				_____
ARTRITIS				_____
PROBLEMAS CON LA ESPALDA				_____
BRONQUITIS				_____
PNEUMONÍA				_____
PLEURESIA				_____
ASMA				_____
ENFISEMA				_____
FIEBRE REUMÁTICA				_____
PRESIÓN ARTERIAL ALTA				_____
ENFERMEDAD CARDÍACA				_____
ATAQUE CEREBROVASCULAR				_____
CONVULSIONES				_____
MIGRAÑAS				_____
URTICARIA				_____
FIEBRE DEL HENO/SINUSITIS				_____
GLAUCOMA				_____
SANGRADO NASAL				_____
ANEMIA				_____
TENDENCIA A SANGRAR				_____
TRANSFUSIÓN DE SANGRE				_____
DIVERTICULOSIS				_____
ALCOHOLISMO				_____
PANCREATITIS				_____
HEPATITIS (ICTERICIA AMARILLA)				_____
CÁLCULO BILIAR				_____
ÚLCERA				_____
HEMORROIDES				_____
INFECCIONES DE VEJIGA				_____
ENFERMEDAD DE RIÑONES				_____
PIEDRA EN RIÑÓN				_____
ENFERMEDAD PÉLVICA				_____
DIABETES				_____
ENFERMEDAD DE TIROIDES				_____
CÁNCER				_____

Nombre: \_\_\_\_\_  
 PMG-532S (4/06)

## MIS DESEOS CON RESPECTO AL MANTENIMIENTO DE LA VIDA SON LOS SIGUIENTES:

En ningún momento deseo que me resuciten ni utilicen sistemas de mantenimiento de vida. \_\_\_\_\_  
 Deseo que me resuciten o se utilicen sistemas de mantenimiento de vida si sucedió algo que puede corregirse fácilmente. \_\_\_\_\_  
 Deseo que se haga todo lo posible para prolongar mi vida, aun si estoy en estado de coma permanente. \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES POR ADELANTADO:

He firmado un formulario de Instrucciones Adelantadas de Atención Médica, Poder Notarial Duradero para Atención Médica, Testamento Vital o Poder para Casos de Atención Médica: \_\_\_\_\_  
 Copia colocada en el expediente (indique cuál) \_\_\_\_\_  
 Deseo llenar un formulario de Instrucciones Adelantadas de Atención Médica  
 Información entregada al paciente por \_\_\_\_\_  
 El paciente no desea recibir información en este momento. \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES FAMILIARES – Ha tenido algún pariente consanguíneo alguna de las siguientes: Encierre en un círculo "sí" o "no". Si la respuesta es afirmativa indique el parentesco:

Anemia	sí	no	_____
Asma	sí	no	_____
Tendencia a sangrar	sí	no	_____
Cáncer (Tipo)	sí	no	_____
Enfermedad crónica pulmonar	sí	no	_____
Diarrea crónica	sí	no	_____
Convulsiones o ataques	sí	no	_____
Diabetes	sí	no	_____
Gota	sí	no	_____
Enfermedad cardíaca	sí	no	_____
Presión arterial alta	sí	no	_____
Enfermedad de riñones	sí	no	_____
Leucemia	sí	no	_____
Enfermedad mental	sí	no	_____
Migrañas	sí	no	_____
Obesidad	sí	no	_____
Úlcera péptica	sí	no	_____
Infecciones repetidas	sí	no	_____
Alergias graves	sí	no	_____
Problemas con la tiroides	sí	no	_____
Tuberculosis	sí	no	_____

	Edad actual	Edad al morir	Si vive, salud (buena, regular, mala). Si falleció, causa de la muerte
Padre			
Madre			
Hermanos o hermanas			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
Hijos			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
Otras personas que viven en su hogar			
Relación			Salud
1.			
2.			

Notas del médico \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Núm. del historial \_\_\_\_\_

NOMBRE  
DEL PACIENTE:  
? HA TENIDO RECIENTEMENTE LAS SIGUIENTES?  
ENERRER EN UN CIRCULO "SI" O "NO". SI TIENE ALGUNA  
DUDA, NO RESPONDA.

## REVISIÓN DE SISTEMAS

Por favor responda este lado para evaluaciones repetidas

Nombre	Fecha	Núm. del historial
Edad del comienzo de la menstruación	Fecha del último Papanicolaou	
Intervalo entre periodos	días	Duración
Flujo:	leve	normal
Dolor con los periodos:	si	no
Número de embarazos	nacimientos	abortos
Peso de bebés al nacer		
Anticonceptivo	Último mamograma	
Frecuencia de los autoexámenes del seno		
<b>GENERAL</b>		
SE CANSA FÁCILMENTE, DEBILIDAD	SI	NO
CAMBIO NOTABLE DE PESO	SI	NO
SUDOR NOCTURNO	SI	NO
FIEBRE PERSISTENTE	SI	NO
SENSIBILIDAD AL CALOR	SI	NO
SENSIBILIDAD AL FRÍO	SI	NO
<b>PIEL</b>		
ERUPCIONES (SARPULLIDO)	SI	NO
CAMBIO EN EL COLOR	SI	NO
CAMBIO EN EL CABELLO	SI	NO
CAMBIO EN LAS UÑAS	SI	NO
<b>OJOS</b>		
DIFICULTAD PARA VER	SI	NO
DOLOR OCULAR	SI	NO
OJOS INFLAMADOS	SI	NO
VISION DOBLE	SI	NO
USO DE ANTEOJOS	SI	NO
<b>OIDOS</b>		
PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN	SI	NO
ZUMBIDO	SI	NO
SECRECIÓN	SI	NO
<b>NARIZ</b>		
PÉRDIDA DEL ORFATO	SI	NO
RESFRÍADOS FRECUENTES	SI	NO
OBSTRUCCIÓN	SI	NO
SECRECIÓN EXCESIVA	SI	NO
SANGRADO NASAL	SI	NO
<b>BOCA</b>		
ENCÍAS ADOLORIDAS	SI	NO
DOLOR EN LA LENGUA	SI	NO
PROBLEMAS DENTALES	SI	NO
<b>GARGANTA</b>		
SECRECIÓN POSNASAL	SI	NO
DOLOR	SI	NO
RONQUERA	SI	NO
<b>SENOS</b>		
MASAS	SI	NO
SECRECIÓN	SI	NO
<b>SISTEMA CARDIORRESPIRATORIO</b>		
TOS PERSISTENTE	SI	NO
ESPUTO (FLEMA)	SI	NO
SANGRE EN ESPUTO	SI	NO
RESPIRACIÓN SIBILANTE	SI	NO
DOLOR O MOLESTIA EN EL PECHO	SI	NO
FALTA DE AIRE	SI	NO
DOLOR AL RESPIRAR	SI	NO
DIFICULTAD PARA RESPIRAR AL ACOSTARSE	SI	NO
TOBILOS HINCHADOS	SI	NO
DEDOS O LABIOS AZULADOS	SI	NO
PRESIÓN ARTERIAL ALTA	SI	NO
PALPITACIONES	SI	NO
PROBLEMAS CON LAS VENAS	SI	NO
<b>ENDOCRINO</b>		
PROBLEMAS CON LA TIROIDES	SI	NO
PROBLEMAS ADRENALES	SI	NO
TRATAMIENTO CON CORTISONA	SI	NO
DIABETES	SI	NO
<b>GINECOLOGIA-OBSTETRICIA</b>		
Descripción de los síntomas médicos actuales		
<b>SISTEMA NERVIOSO</b>		
DOLORES DE CABEZA	SI	NO
MAREOS	SI	NO
DESMAYO	SI	NO
CONVULSIONES O ATAQUES	SI	NO
NERVIOSIDAD	SI	NO
INSOMNIO	SI	NO
DEPRESIÓN	SI	NO
CAMBIO EN SENSIBILIDAD	SI	NO
PÉRDIDA DE MEMORIA	SI	NO
MALA COORDINACIÓN	SI	NO
DEBILIDAD O PARÁLISIS	SI	NO
<b>LOCOMOTOR</b>		
CALAMBRES MUSCULARES	SI	NO
DEBILIDAD MUSCULAR	SI	NO
DOLOR EN ARTICULACIONES	SI	NO
ARTICULACIONES INFLAMADAS	SI	NO
RIGIDEZ	SI	NO
DEFORMIDAD EN ARTICULACIONES	SI	NO
DOLOR DE CUELLO	SI	NO
DOLOR DE ESPALDA	SI	NO
<b>SISTEMA GENTOURINARIO</b>		
AUMENTO EN LA FRECUENCIA DE ORINAR (DÍA)	SI	NO
MOLESTIA AL ORINAR	SI	NO
AUMENTO EN LA FRECUENCIA DE ORINAR (NOCHE)	SI	NO
DESEO DE ORINAR SIN MUCHA ORINA	SI	NO
INCAPACIDAD PARA RETENER LA ORINA	SI	NO
SANGRE EN LA ORINA	SI	NO
PROTEÍNA EN ORINA	SI	NO
DOLOR PÉLVICO	SI	NO
SECRECIÓN DE LA VAGINA	SI	NO
PICAZÓN VAGINAL	SI	NO
IMPOTENCIA	SI	NO
FALTA DE DESEO SEXUAL	SI	NO
DOLOR DURANTE EL COITO	SI	NO
<b>GASTROINTESTINAL</b>		
CAMBIO EN EL APETITO	SI	NO
DIFICULTAD PARA TRAGAR	SI	NO
ACIDEZ (PIROSIS)	SI	NO
DOLOR ABDOMINAL	SI	NO
FRUCTOS O EXCESO DE GASES	SI	NO
DISTENSIÓN ABDOMINAL	SI	NO
NÁUSEAS	SI	NO
VÓMITOS	SI	NO
VÓMITOS CON SANGRE	SI	NO
SANGRADO RECTAL	SI	NO
HECES CON ASPECTO DE BREA	SI	NO
ORINA OSCURA	SI	NO
ICTERICIA	SI	NO
ESTREÑIMIENTO	SI	NO
DIARREA	SI	NO
HEMORROIDES	SI	NO
NECESIDAD DE TOMAR LAXANTES	SI	NO