

# VALLEY-WIDE HEALTH SYSTEMS, INC.

## QUESTIONARIO HISTORIAL DE SALUD

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y pasará a formar parte de su expediente médico.

|                                    |   |                             |
|------------------------------------|---|-----------------------------|
| <b>Nombre (En letra de molde):</b> | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <b>Fecha de Nacimiento:</b> |
|------------------------------------|---|-----------------------------|

|  |
|--|
| <b>Su estado civil/conyugal:</b> <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Separada/o <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Viuda/o |
|--|

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>Ocupación:</b> | <b>Fecha de su último examen físico:</b> |
|-------------------|--|

**¿Cuál es la razón de su visita hoy?**

### HISTORIAL DE SALUD PERSONAL

#### ALERGIAS A MEDICAMENTOS (por favor, incluya también alergias a algún alimento, látex o anestesia)

| Nombre del Medicamento/Alimento/Alérgeno | ¿Qué tipo de reacción tuvo? | Nombre del Medicamento/Alimento/Alérgeno | ¿Qué tipo de reacción tuvo? |
|--|-----------------------------|--|-----------------------------|
|  |                             |  |                             |
|  |                             |  |                             |

**Enumere sus medicamentos recetados Y medicamentos de venta libre, como vitaminas, inhaladores, sin recetas, herbales o suplementos dietéticos.**

| Nombre del Medicamento | Potencia/Concentración | Frecuencia/con qué frecuencia se toma |
|------------------------|------------------------|---------------------------------------|
|                        |                        |                                       |
|                        |                        |                                       |

Marque cualquier condición médicas que le han diagnosticado.

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> alergia   | <input type="checkbox"/> Quimioterapia (crecimiento, tumor u otra condición)  | <input type="checkbox"/> Medicamentos anticoagulantes/medicamentos adelgazantes de la sangre   | <input type="checkbox"/> Enfermedad úlcera péptica                               |
| <input type="checkbox"/> Anemia  | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)   | <input type="checkbox"/> Hepatitis C.  | <input type="checkbox"/> Embarazada  |
| <input type="checkbox"/> Angina  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria   | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea  | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal  |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad  | <input type="checkbox"/> Depresión  | <input type="checkbox"/> Colesterol alto   | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide                                     |
| <input type="checkbox"/> Artritis  | <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Síndromes del Intestino Irritable (SII)   | <input type="checkbox"/> Radioterapia (crecimiento, tumor u otra condición)      |
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula  | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado   | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo                                    |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular   | <input type="checkbox"/> ERGE<br>Enfermedad del reflejo gastroesofágico   | <input type="checkbox"/> Migrañas/ Dolores de cabeza tipo migraña  | Esteroides (por ejemplo cortisona):<br>tomando o tomando (en los últimos 2 años) |
| Hipertrofia protésica benigna (HPB)  | <input type="checkbox"/> Ataque del corazón/infarto   | <input type="checkbox"/> Está amamantando un infantil  | <input type="checkbox"/> Derrame/Embolia   |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre  | <input type="checkbox"/> Defecto cardiaco congénito   | <input type="checkbox"/> Trasplante de órgano  | <input type="checkbox"/> Difícil de tragar                                       |
| <input type="checkbox"/> Moretones o se sangra fácilmente  | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca congénita  | <input type="checkbox"/> Reemplazo total de articulación ortopédica (por ejemplo, cadera, rodilla, codo, dedo de la mano, dedo del pie)  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides                                  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer  | <input type="checkbox"/> Válvula del corazón Material Artificial o Protésico  | <input type="checkbox"/> Osteoartritis   | <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula                                      |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos con bisfosfonatos (Para Osteoporosis o Quimioterapia)<br><b>Oral o Intravenosa:</b> ¿Ha tomado, tomando actualmente o programado para tomar? | <b>Sustancia/Alcohol actual y Pasado</b> <input type="checkbox"/><br>Alcohol <input type="checkbox"/> GHB (ácido gamma hidroxibutírico)<br><input type="checkbox"/> Marijuana <input type="checkbox"/> Cocaína<br><input type="checkbox"/> Inhalantes <input type="checkbox"/> Vapear | <b>Sustancia/Alcohol actual y Pasado</b><br><input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Alucinógenos<br><input type="checkbox"/> MDMA/Éxtasis <input type="checkbox"/> Ketamina<br><input type="checkbox"/> Metanfetaminas | <input type="checkbox"/> Otra/o  |

### Cirugías: Médicas o Dentales

|               |                             |              |
|---------------|-----------------------------|--------------|
| Año de visita | Razón de la hospitalización | Qué hospital |
|               |                             |              |
|               |                             |              |

### Otras hospitalizaciones no cirugías/quirúrgicas

|               |                             |                          |
|---------------|-----------------------------|--------------------------|
| Año de visita | Razón de la hospitalización | ¿Qué hospital o clínica? |
|               |                             |                          |
|               |                             |                          |

### HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL

|                                      |   |  |                        |                  |
|--------------------------------------|---|--|------------------------|------------------|
| <b>EJERCICIO</b>                     | Sedentaria/o (Sin ejercicio)  |  |                        |                  |
|                                      | Ejercicio leve (es decir, subir escaleras, caminar 3 cuadras, jugar golf)                                     |  |                        |                  |
|                                      | Ejercicio vigoroso ocasional (es decir, trabajo o recreación, menos de 4 veces por semana durante 30 minutos) |  |                        |                  |
|                                      | Ejercicio vigoroso regular (es decir, trabajo o recreación 4 veces por semana durante 30 minutos)             |  |                        |                  |
| <b>TABACO/VAPEO</b>                  | ¿Usted usa tabaco?  |  | Si                     | No               |
|                                      | cigarrillos – paquetes/día  | Tabaco de mascar en latas/bolsas #/día | Pipa para fumar- #/día | cigarros - #/día |
|                                      | # de años   | O año en que lo dejó                   |                        |                  |
| <b>DROGAS</b>                        | ¿Utiliza actualmente drogas recreativas o callejeras?   |  | Si                     | No               |
|                                      | ¿Alguna vez se ha dado drogas callejera con una aguja?  |  | Si                     | No               |
|                                      | ¿Usted toma/bebe alcohol?   |  | Si                     | No               |
| <b>ALCOHOL</b>                       | ¿Cuánto alcohol toma/bebe (por semana)?   |  |                        |                  |
| <b>USO DEL CINTURÓN DE SEGURIDAD</b> | ¿Usted usa el cinturón de seguridad cuando viaja en un vehículo?  |  | Si                     | No               |

### HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR

**Por favor, enumere cualquier problema que se presente en su familia para incluir malas reacciones a la anestesia, moretones o sangrado fáciles, diabetes, cáncer, ataque cardíaco antes de los 55 años, artritis, etc.**

|           | Género   | Edad | Problemas de salud significativo |                | Género   | Edad | Problemas de salud significativo |
|-----------|--|------|----------------------------------|----------------|--|------|----------------------------------|
| Padre     |  |      |                                  | Hijos:         | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |      |                                  |
| Madre     |  |      |                                  |                | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |      |                                  |
| Hermana/o | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |      |                                  |                | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |      |                                  |
|           | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |      |                                  |                | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |      |                                  |
|           | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |      |                                  |                | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |      |                                  |
|           | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |      |                                  |                | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |      |                                  |
|           | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |      |                                  | Abuela Materna |  |      |                                  |
|           | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |      |                                  | Abuelo Materno |  |      |                                  |
|           |  |      |                                  | Abuela Paterna |  |      |                                  |
|           |  |      |                                  | Abuelo Paterno |  |      |                                  |

|                               |                                 |                             |                             |
|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Fecha de última menstruación: | ¿Está embarazada o amamantando? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> NO |
| Nombre de Farmacia Preferida: | Teléfono:                       |                             |                             |
| Dirección de Farmacia:        | Ciudad:                         | Código Postal:              |                             |

**Nombre del Paciente en Letra de Molde:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Hoy:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Nombre del paciente en letra de molde:** \_\_\_\_\_

**(Padre/Guardián Legal Si el Paciente es menor de edad)**

**Padre o Guardián del menor**