

Premier Community HealthCare Group, Inc.

Questionario del Historial Médico de Adultos

Cuál es la razón por su visita al médico hoy? _____

Por favor marque (✓) enfermedades o problemas que tiene o ha tenido . Incluya fechas si es posible.

General

- cancer
- diabetes
- problema de tiroides
- debilidad, fatiga
- fiebres, sudores nocturnos
- areas hinchadas
- heridas serias

Piel

- cancer de la piel
- lesiones, infeccion de la piel
- ronchas (heroidero)

Sistema Nervioso

- ataque (apoplejia)
- convulsion,epilepsia
- mareos frecuentes
- problemas durmiendo
- frecuente dolor de cabeza
- depresion, ansiedad
- enfermedad mental
- abuso de alcohol/drogas

Ojo

- glaucoma
- problemas con la vista

Oido

- infeccion
- problemas oyendo

Nariz y boca

- alergias
- llagas en la boca
- usa dentaduras

Corazon

- ataque al corazon
- alta presion
- frecuente dolor de pecho

- palpitaciones
- tobillo hinchado

Pulmones

- Asma
- enfisema
- tuberculosis
- corto de respiracion
- tos persistente
- ronco

Gastro-intestinal

- ulcera en el estomago
- problema de la vesicula
- indigestion, acido
- hepatitis, icterica

Recto

- hemorroides
- frecuente diarrea
- escreta negra o sangrienta

Riñon

- piedras en el riñon
- vejiga, infeccion en el riñon
- extensa perdida de control

Huesos/Cojunturas

- artritis,reumatismo
- gota
- problemas con la espalda
- problemas con los pies
- usa baston, muletas andador o silla de ruedas

Sangre

- anemia
- transfusion de sangre

Para Mujeres Solamente

- masa en los pechos
- infeccion de hongos vaginal
- sangre vaginal inesperadamente
- Cuantos niños a tenido? _____
- Cuantas veces ha estado embarazada? _____
- Ha tenido cesaria? _____
- Cuando fue su ultima menstruacion ? _____
- Son sus menstruaciones regulares? _____
- Cuantos días dura? _____
- Cual fue el ultimo examen vaginal para el cancer (Pap) _____
- Resultados _____

Para Hombres Solamente

- prostata engrandecida
- dolor or masa en los testículos
- problemas con relaciones sexuales

Tiene otros problemas médicos? _____

HOSPITAL Y CIRUGIAS- Por favor apunte todas las admisiones de hospital y de cirugias:

<u>Año</u>	<u>Hospital, ciudad y estado</u>	<u>Razón por admision/ tipo de cirugia</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

RAYOS-X, OTROS EXAMENES- Por favor apunte el ultimo año en que se le hizo lo siguiente:

<u>Rayo-X</u>	<u>Año</u>	<u>Resultados</u>	<u>Otros Examanes</u>	<u>Año</u>	<u>Resultados</u>
Pecho	_____	_____	Mamograma	_____	_____
Estómago	_____	_____	Colesterol	_____	_____
Versicula (ultrasonido)	_____	_____	Examen de Estres de	_____	_____
Colon (enema barium)	_____	_____	Corazon	_____	_____
Riñon (IVP)	_____	_____	Examen de vista	_____	_____
Espalda/Cuello	_____	_____	Examen dental	_____	_____
Otros rayo-X	_____	_____	Otro	_____	_____

MEDICAMENTOS- Por favor apunte todos los medicamentos que usa frecuentemente o diariamente. Incluya recetas, aspirina , antiacidos, vitaminas, pastillas de anticonceptivos, yerbas/remedios caseros, etc.

<u>Medicamento</u>	<u>dosis</u>	<u>cuantas veces</u>	<u>Medicamento</u>	<u>dosis</u>	<u>cuantas veces</u>
1. _____	_____	_____	5. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____	6. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____	7. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____	8. _____	_____	_____

Alergias: _____ Acct. #: **70013.0** Fecha de Hoy _____

NAME: _____ DOB: _____ Reviewed by: _____

Por favor complete ambos lados de esta forma

Historial Familiar- por favor llene el espacio con una marca a los articulos apropiados en la linea de arriba.

* indique si fallecio, de la edad y causa de muerte.

Miembros	Edad	*															
			Alergia	Cancer	Presion alta	Ataque cerebral	Diabetes	Problema de rinon	Falta de calcio en los huesos	Sickle cell	Tuberculosis	Convulsiones, Epilepsia	Enfermedades Mental	Depresion o ansiedad	Abuso de alcohol/Drogas	Otro	
Padre																	
Madre																	
Hermano(s)																	
Hermana(s)																	
Abuelos																	

Historial Social Por favor circular o llene las respuestas :

1. Cuál es su ocupacion usual? _____ Qué trabajo hace ahora? _____ Eres Migrante? _____
2. Cuál es el grado mas alto que completaste en el colegio? _____
3. Es? Soltero(a) __ Casado(a) __ Viudo(a) _ Divorciado(a) __ Separado(a) __
4. Usted hace ejercicios? Nunca __ Casi nunca __ Una vez a la semana __ 3-4 veces por semana __ Cuál ejercicios _____
5. Fuma tabacco? _____ Cigarros __ Tabacco _____ Pipa _____ Mastica tabacco __ Cuantos paquetes/día? _____
6. Toma alcohol? _____ En una semana, cuantas latas de cerveza _____ vasos de vino _____ de licor _____
7. Cuantas tasas de café, té, ó coca cola toma en un día? _____
8. A veces fuma marijuana ó otra droga, socialmente? _____
9. Ha tenido más de un compañero sexual durante el pasado año? _____
10. Ha tenido usted alguna enfermedad trasmitida sexualmente o contagiosa de la mucosa genital, como gonorrea, sífilis, o herpes? _____
11. Ha tenido un evento en el pasado año que le ha dado estres en su vida?
Relaciones rotas? Enfermedades o muerte en la familia? Cambio de trabajo? Mudadas? Otro? _____

Miembros de la familia- Quién vive con usted?

Nombre	Edad	Relación	Tiene algun problema médico/droga/colegio/trabajo?

NAME: _____

DOB: _____

Acct. #: _____

Por favor complete ambos lados de esta forma