

Cuestionario para pacientes adultos nuevos

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Al proporcionar su dirección de correo electrónico, autoriza la inscripción en nuestro portal para pacientes (My Chart). El portal es la forma más rápida de ver de forma segura las listas de medicamentos, las vacunas, las fechas de las citas pasadas y futuras, los resultados de laboratorio/pruebas con los comentarios del proveedor. También puede comunicarse con nuestro personal enviando y recibiendo mensajes.* ***Definitivamente se recomienda que se inscriba,*** *ya que es posible que necesitemos enviarle un mensaje de forma segura en caso de que los datos de contacto telefónico no estén actualizados o en caso de no poder dejar un mensaje de voz. Recibirá una invitación por mensaje de texto o correo electrónico de My Chart para inscribirse.*

***Además de incluirlos a continuación, acuda a la cita con TODOS los medicamentos, suplementos y vitaminas en su envase original.***

**Medicamentos recetados** (medicamentos de toma diaria y los que toma por alguna situación en particular):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del medicamento | Dosis (usualmente en mg) / nro. de comprimidos | Frecuencia de la toma  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Medicamentos no recetados, vitaminas, hierbas, suplementos** (de toma diaria y los que toma por alguna situación en particular):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre | Dosis | Frecuencia de la toma  | Motivo de la toma |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Alergias o reacciones a los medicamentos:** 🞏 No tengo alergias ni reacciones adversas a ningún medicamento. Enumere los medicamentos que le produzcan alergia y las reacciones que le causen.

|  |  |
| --- | --- |
| Medicamento | Reacción que causa |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 Complete ambas caras de todas las páginas

Cuestionario para pacientes adultos nuevos de HSHP actualizado el 7/13/22

**¿Tiene un diagnóstico de alguna de las siguientes enfermedades?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Sí | No | Detalles |  | Sí | No | Detalles |
| Alcoholismo |  |  |  | Enfermedad cardíaca |  |  |  |
| Alergias |  |  |  | Insuficiencia cardíaca |  |  |  |
| Ansiedad |  |  |  | Soplo cardíaco |  |  |  |
| Artritis / trastornos articulares |  |  |  | Ataque cardíaco |  |  |  |
| Asma |  |  |  | Osteoporosis |  |  |  |
| Cáncer |  |  |  | Problemas de la próstata |  |  |  |
| Cataratas |  |  |  | Enfermedad hepática |  |  |  |
| Depresión |  |  |  | Convulsiones |  |  |  |
| Diabetes |  |  |  | Úlceras estomacales |  |  |  |
| Diverticulosis |  |  |  | Derrame cerebral |  |  |  |
| Enfisema/EPOC |  |  |  | Tuberculosis |  |  |  |
| ERGE |  |  |  | Problemas de tiroides |  |  |  |
| Hipertensión |  |  |  | Antecedentes de maltrato físico |  |  |  |
| Colesterol alto |  |  |  | Antecedentes de abuso sexual |  |  |  |
| Enumere otras enfermedades: |

|  |
| --- |
| **Enumere los nombres de otros médicos que actualmente consulta (como nefrólogo, ginecólogo, etc.):** |

**ENUMERE LAS CIRUGÍAS QUE HAYA TENIDO:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de cirugía**  | **Fecha de la cirugía** | **Descripción (si se indica)** |
| Extirpación de adenoides |  |  |
| Extirpación del apéndice |  |  |
| Extirpación de amígdalas |  |  |
| Extirpación de la vesícula |  |  |
| Cirugía del corazón  |  | Describa: |
| Injerto de revascularización coronaria (CABG) |  | Describa: |
| Valvuloplastia |  | Describa: |
| Cirugía por fractura |  | Describa: |
| Corrección de una hernia |  | ¿De qué lado? |
| Cirugía de la columna vertebral  |  | Describa: |
| Extirpación del útero |  | Motivo de la histerectomía: |
| Extirpación de ovarios  |  | □ Izquierdo □ Derecho □ Ambos |
| Cesárea  |  | Cuántas:  |
| Ligadura de trompas  |  |  |
| Cirugía de mamas  |  | Describa: |
| Cirugía de la vista |  |  |
| Otras cirugías:  | Fecha de la cirugía: | Describa: |

Cuestionario para pacientes adultos nuevos de HSHP actualizado el 7/13/22

**Cuidado de la salud**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿Recibió alguna de las siguientes vacunas?**  | **Fecha(s)** | **¿En dónde recibió la vacuna?** |
| Vacuna neumocócica conjugada (Prevnar 13) |  |  |
| Vacuna neumocócica polivalente (Pneumovax) |  |  |
| Vacuna antigripal |  |  |
| Vacuna contra el tétanos y la difteria (Td)En caso afirmativo, ¿incluía también la tos ferina?(Tdap) 🞏 Sí 🞏 No 🞏No sé |  |  |
| Vacuna Zostavax (culebrilla) |  |  |
| Vacuna Shingrix (culebrilla) |  |  |
| Vacuna Moderna (COVID-19) |  |  |
| Vacuna Pfizer (COVID-19) |  |  |
| Vacuna Johnson & Johnson (COVID-19) |  |  |
| **¿Se hizo alguno de los siguientes exámenes y pruebas?** | **Fecha** | **Dónde/resultados** |
| Densitometría ósea (prueba DEXA) |  |  |
| **Examen de detección de cáncer de colon** | **Fecha** | **Dónde/resultados** |
| Colonoscopía |  |  |
| Cologuard |  |  |
| FOBT/FIT (prueba de sangre oculta en las heces) |  |  |
| ***Solo para pacientes fumadores o exfumadores*** | **Fecha** | **Dónde/resultados** |
| Ecografía abdominal para detectar aneurisma aórtico abdominal (AAA) |  |  |
| Tomografía computarizada de los pulmones (dosis baja) |  |  |
| ***Solo para pacientes con diabetes*** | **Fecha** | **Dónde/resultados** |
| Examen de dilatación ocular |  |  |
| Hemoglobina A1c  |  |  |
| Examen de los pies |  |  |

|  |
| --- |
| ***Para pacientes a partir de los 65 años***¿Se ha caído en los últimos 30 días? 🞏 Sí 🞏 No |
| ***Cuidado de la salud (solo para mujeres)***Fecha de la última mamografía: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ ¿Tuvo un resultado normal? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 Sí 🞏 No¿Dónde se la hizo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Fecha de la última prueba de Papanicolaou: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ ¿Tuvo un resultado normal? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 Sí 🞏 No ¿Incluyó una prueba de VPH? 🞏 Sí 🞏 No En caso afirmativo, el resultado del VPH fue 🞏 negativo o 🞏 positivo. ¿Dónde se hizo la última prueba de Papanicolau? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Alguna vez tuvo un resultado anormal de una prueba de Papanicolaou? 🞏 Sí 🞏 No |
| Número de embarazos: \_\_\_\_\_ 🞏 Ninguno - Número de nacidos vivos: \_\_\_\_\_ 🞏 NingunoNúmero de abortos espontáneos: \_\_\_\_\_ 🞏 Ninguno - Número de abortos inducidos: \_\_\_\_\_ 🞏 NingunoEdad de la primera menstruación: \_\_\_\_\_ - Edad en que terminó su período (si corresponde): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Cuestionario para pacientes adultos nuevos de HSHP actualizado el 7/13/22

**ANTECEDENTES SOCIALES**

🞏 Soltero 🞏 Casado 🞏 Separado legalmente 🞏 Divorciado 🞏 Viudo 🞏 Compañero 🞏 Pareja de hecho

Nombre del compañero/cónyuge/pareja de hecho si corresponde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene hijos? 🞏 Sí 🞏 No / En caso afirmativo, ¿cuántos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consumo de alcohol:** ¿Bebe alcohol? 🞏 Sí 🞏 Actualmente no 🞏 Nunca

En promedio, ¿cuántas bebidas alcohólicas consume por semana? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consumo de tabaco:**

**Cigarrillos:** ¿Fuma actualmente o ha fumado antes cigarrillos? 🞏 Nunca 🞏 A veces

🞏 Fumador habitual actual. Fumo \_\_\_\_ paquetes por día.

🞏 Antiguo fumador. Dejé de fumar en \_\_\_\_\_\_\_ (año) luego de llegar a fumar \_\_\_\_\_ paquetes por día durante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ años.

**Pipa/puros:** ¿Fuma actualmente o ha fumado antes pipa o puros? 🞏 Nunca 🞏 Sí

🞏 A veces 🞏 Actualmente no

**Tabaco sin humo:** ¿Consume actualmente o ha consumido antes tabaco de mascar o rapé? 🞏 Sí 🞏 Nunca

🞏 A veces 🞏 Actualmente no. Dejé de fumar en \_\_\_\_\_\_\_ (año).

**Cigarrillos electrónicos/vapeo:** 🞏 Nunca 🞏 Consumidor actual todos los días 🞏 Consumidor actual ocasional 🞏 Antiguo consumidor

**Abuso de sustancias:** Consumo actual de drogas: 🞏 Sí 🞏 Actualmente no 🞏 Nunca

¿Tiene antecedentes de adicciones? 🞏 Sí 🞏 No

**Actividad física:** En promedio, ¿cuántos días a la semana hace ejercicio de moderado a intenso? \_\_\_\_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Soy adoptado. 🞏  | Madre | Padre | Hermano(s) | Hermana(s) | Madre de mi madre | Padre de mi madre | Madre de mi padre | Padre de mi padre | Otros parientes consanguíneos (incluya parentesco con usted) |
| **Vivo (V) o muerto (M)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Abuso de alcohol/drogas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Asma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Enfermedad de Alzheimer |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ansiedad |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Artritis |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cáncer de mama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Colesterol alto |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cáncer de colon/recto |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| EPOC |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Depresión |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diabetes  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fibromialgia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ataque cardíaco |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Enfermedad cardíaca |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hipertensión |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Enfermedad renal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Enfermedad hepática |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Obesidad |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Otro cáncer |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Enfermedad tiroidea |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Derrame cerebral |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Suicidio |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Otra: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Son muchas las situaciones que afectan nuestra salud. Marque la respuesta apropiada que se aplique a su caso:**

|  |
| --- |
| En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?Poco interés o placer en hacer cosas: 🞏 Para nada 🞏 Varios días 🞏 Más de la mitad de los días 🞏 Casi todos los días¿Se ha sentido mal, deprimido o sin esperanza? 🞏 Para nada 🞏 Varios días 🞏 Más de la mitad de los días 🞏 Casi todos los días |

|  |
| --- |
| ¿Cuál es su situación de vivienda actual?🞏 Tengo un lugar estable para vivir. 🞏 Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro.🞏 No tengo un lugar estable para vivir. 🞏 No contesta. |

|  |
| --- |
| Algunas personas han hecho las siguientes afirmaciones sobre su situación alimentaria. Responda si las afirmaciones fueron a menudo, a veces o nunca ciertas para usted y su núcleo familiar en los **últimos 12 meses:**Le preocupó que se le acabara la comida antes de tener dinero para comprar más:🞏 A menudo cierto 🞏 A veces cierto 🞏 Nunca cierto 🞏 No contestaLa comida que compró no duró y no tenía dinero para comprar más:🞏 A menudo cierto 🞏 A veces cierto 🞏 Nunca cierto 🞏 No contesta |

|  |
| --- |
| En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido acudir a citas médicas, reuniones, trabajo o le ha impedido conseguir las cosas necesarias para la vida diaria? 🞏 Sí 🞏 No 🞏 No contesta |

|  |
| --- |
| Dado que muchas personas sufren violencia y maltrato, lo que afecta su salud, nos hacemos estas preguntas:¿Con qué frecuencia alguien, incluidos sus familiares y amigos, le hace daño físicamente?🞏 Nunca 🞏 Rara vez 🞏 A veces 🞏 Bastante a menudo 🞏 Con frecuencia 🞏 No contesta¿Con qué frecuencia alguien, incluidos sus familiares y amigos, le insulta o menosprecia?🞏 Nunca 🞏 Rara vez 🞏 A veces 🞏 Bastante a menudo 🞏 Con frecuencia 🞏 No contesta¿Con qué frecuencia alguien, incluidos sus familiares y amigos, le amenaza con hacerle daño?🞏 Nunca 🞏 Rara vez 🞏 A veces 🞏 Bastante a menudo 🞏 Con frecuencia 🞏 No contesta¿Con qué frecuencia alguien, incluidos sus familiares y amigos, le grita o insulta?🞏 Nunca 🞏 Rara vez 🞏 A veces 🞏 Bastante a menudo 🞏 Con frecuencia 🞏 No contesta |

|  |
| --- |
| ¿Cuál es el máximo nivel o año educativo que completó?🞏 Nunca asistió a la escuela o solo asistió al jardín de infantes. 🞏 Grados 1-8 (escuela primaria). 🞏 Grados 9-11 (estudios secundarios incompletos). 🞏 Grado 12 o GED. 🞏 Universidad 1-3 años. 🞏 Universidad 4 años o más. |

|  |
| --- |
| ¿Tiene problemas para conseguir o mantener un seguro médico? 🞏 Sí 🞏 No |

|  |
| --- |
| **Instrucciones anticipadas:** ¿Ha completado algún formulario para indicar sus deseos de atención al final de la vida? 🞏 Sí 🞏 No🞏 Testamento en vida 🞏 Poder notarial médico 🞏 Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Existen programas que ayudan con las necesidades que pueden afectar la salud, pero no llegan a todas las personas que pueden necesitarlos. ¿Le gustaría que nos comuniquemos con usted para saber si hay recursos que puedan ayudar con algunas de las cuestiones mencionadas antes?🞏 Sí 🞏 No \* En caso afirmativo, ¿a qué número de teléfono quiere que lo llamemos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Cuestionario para pacientes adultos nuevos de HSHP actualizado el 7/13/22