

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) / n.º 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 5/11/2023

**¿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 |  |  |  |
| Presión alta (hipertensión) |  |  |  | Colesterol alto  (hiperlipidemia) |  |  |  |
| Antecedentes de maltrato  En caso afirmativo, ¿era usted niño o adulto cuando se produjeron los maltratos?  🞏 Niño 🞏 Adulto |  |  |  | Enumere otras enfermedades: |  |  |  |

**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: |

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuestionario para pacientes adultos nuevos de HSHP actualizado el 5/11/2023

**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 |  |  |

|  |
| --- |
| ***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: \_\_\_\_\_ 🞏 Ninguno  Número de abortos espontáneos: \_\_\_\_\_ 🞏 Ninguno - Número de abortos inducidos: \_\_\_\_\_ 🞏 Ninguno  Edad de la primera menstruación: \_\_\_\_\_ - Edad en que terminó su período (si corresponde): \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Cuestionario para pacientes adultos nuevos de HSHP actualizado el 5/11/2023

**ANTECEDENTES SOCIALES**

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

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

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

**¿Cuál es el máximo nivel o año educativo que completó?**

🞏 Nunca asistió a la escuela o solo asistió al jardín de infantes. 🞏 Grados 1 a 8 (escuela primaria).

🞏 Grados 9 a 11 (estudios secundarios incompletos). 🞏 Grado 12 o GED. 🞏 Universidad 1 a 3 años.   
🞏 Universidad 4 años o más.

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

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

**Consumo de tabaco:**

¿Fuma actualmente o ha fumado antes cigarrillos, pipa o puros? 🞏 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.

**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

**Antecedentes familiares**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Soy adoptado/a. 🞏 | 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: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |