



Revisión de la Salud de Adulto

La intención de este cuestionario es identificar cualesquier problemas nuevos y actualizar el estado de problemas anteriores. Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial.

Nombre	Fecha de hoy
Teléfono # (hogar/celular)	Empleador (si trabaja)

PROBLEMAS DE SALUD DESDE SU ÚLTIMA VISITA

Anote aquí cualquier preocupación de salud seria, si aplica. Por favor tenga en cuenta que un examen físico general se enfoca (o examen de bienestar de Medicare) en la medicina preventiva y el mantenimiento de la salud. Mientras que se pueden identificar nuevos problemas, es muy probable que su diagnóstico completo y el tratamiento se aplazarán para una visita de seguimiento.

MEDICAMENTOS (Recetada y Sin Receta)

INCLUYENDO: vitaminas, antiácidos, Tylenol, Ibuprofeno (Motrin, Advil), aspirina, cualesquier medicamentos herbales o remedios, etc)

Por favor enumere los que toma con regularidad y la dosis ingerida.

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Anote cualesquier reacciones que ha tenido a los medicamentos (por ejemplo, a penicilina o sulfa)

List an

PRÁCTICAS ACTUALES DE SALUD

¿Hace ejercicios regularmente? **SÍ NO** Tipo de ejercicio: _____

¿Toma alcohol? **SÍ NO** Si la respuesta es sí, qué clases bebe? _____

Como promedio, ¿cuánto bebe por día? _____ ¿Por semana? _____

¿Hace ejercicios regularmente? **SÍ NO** Tipo de ejercicio: _____

¿Toma alcohol? **SÍ NO** Si la respuesta es sí, qué clases bebe? _____

Como promedio, ¿cuánto bebe por día? _____ ¿Por semana? _____

¿Cree que es importante perder peso en este momento? **SÍ NO**

Marque la palabra que aplique al uso que usted da a su cinturón de carro SIEMPRE A VECES NUNCA				
¿Alguna vez ha usado productos de tabaco regularmente? SÍ NO Si la respuesta es SÍ , favor de completar lo siguiente:				
Producto de Tabaco	Edad que empezó	Cuánto tiempo (años)	Promedio que usaba/fumaba por día	¿Todavía lo usa/fuma? SÍ/NO Año que lo dejó:

ANTECEDENTES FAMILIARES					
Favor de marcar con un CIRCULO el problema (si hay opciones) y la edad que tenía cuando empezó el problema, si la sabe					
ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANAS	HERMANOS	ABUELOS
Diabetes					
Cáncer del Seno, próstata o colon					
Enfermedad del corazón o ataque al corazón					
Presión Alta					
Derrame Cerebral					
Alcoholismo					
Osteoporosis (huesos frágiles, fractura de la cadera)					
Depresión/Ansiedad/Trastorno Bipolar					
Vesícula Biliar/Cálculos Renales/Úlcera Estomacal					
Otro					

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

Favor de marcar con un **CIRCULO** los elementos a continuación con los que ha tenido problemas significativos.

GENERAL		
Cambio reciente de peso	Demasiado cansancio	Siempre con calor/Siempre con frio
Erupciones o problemas de la piel	Sudor de Noche----Bochornos/Sofocos	Manchas, lunares o piel que han cambiado o son recientes

OJOS, OIDOS, NARIZ y GARGANTA		
Cambio reciente de peso	Cambio reciente en su audición	Cambio reciente en su visión
Problemas con los dientes o las encías	¿Ha tenido otros problemas con los ojos, oídos, nariz o garganta? SÍ NO	

CORAZÓN y LOS PULMONES		
Tos diaria	Dificultad para respirar mientras que está acostado	Hinchazón del tobillo
Dolor en el pecho	Toz con sangre	Calambres en las piernas al caminar
Sibilancia	Dificultad para respirar en el día o la noche	

SENOS (MUJERES)	
Bolas o bultos/Cualesquier cambios en la piel	¿Se auto-examina los senos cada mes? SÍ NO
Drenaje del pezón o pezones	Mes y año de la última mamografía:

GASTROINTESTINAL

Cambio en el apetito	Diarrea / Estreñimiento	Dificultad en tragar
Sangre en las heces / Heces negras	Agruras	Nausea / Vomito

GENITOURINARIO (SOLO PARA MUJERES)

Cambio en el patrón menstrual SÍ NO	Fecha del último periodo menstrual:	Número de hijos: Niños__ Niñas__
Secreción vaginal inusual o picazón SÍ NO	Frecuencia/Duración de los periodos menstruales:	Fecha del último examen pélvico:
Calambres menstruales discapacitantes SÍ NO		Ha tenido un Papanicolaou anormal en el pasado SÍ NO Si la respuesta es SÍ , Escriba la fecha:

GENITOURINARIO (SOLO PARA HOMBRES)

Dificultad para empezar a orinar	Orina más de dos veces por noche	Pérdidas de orina
Sangre en la orina	Dolor al orinar	Dolor o problemas con las relaciones sexuales
¿Tiene o ha tenido dificultades con su vida sexual? SÍ NO		

GENITOURINARIO (SOLO PARA HOMBRES)

Dificultad en tener o mantener una erección SÍ NO	Dolor o bola/bulto en los testículos o escroto SÍ NO
----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

NEUROSIQUIÁTRICO

Dolores de cabeza frecuentes y discapacitantes	Desmayos	Ansiedad frecuente
Dificultad en dormir	A menudo se siente triste o deprimido	
Tratamiento en el pasado para problemas emocionales o psicológicos		

MUSCOLOESQUELÉTICO

Dolor frecuente en el cuello o espalda	Calambres en las piernas de noche o "piernas inquietas"	Problemas musculares o articulares
----------------------------------------	---------------------------------------------------------	------------------------------------

VIDA SOCIAL

Cambios grandes recientes en su vida	Dificultades económicas	Insatisfecho con el empleo actual
Cosas especialmente estresantes en su vida	En una relación abusiva (físico, sexual, verbal)	
Otras preocupaciones sobre las cuales le gustaría conversar:		