

# Benacare Medical Center, Inc.

## CUESTIONARIO E HISTORIAL MÉDICO

FECHA DE HOY

/ /

Haga favor de responder a las siguientes preguntas antes de su primer examen.  
Le ayudará a su médico a saber no sólo sobre su salud, sino sobre su familia y sus parientes.

NOMBRE: TELÉFONO:FECHA DE NACIMIENTO: NACIONALIDAD DE LOS PADRES:  
EDAD: LUGAR DE NACIMIENTO:**ESTADO CIVIL:** SOLTERO  DIVORCIADO  VIUDO  CASADO - Actualmente cuantos años \_\_\_\_\_OCUPACIÓN: ¿CUÁNTO TIEMPO?**MARQUE CUALQUIER ENFERMEDAD QUE HAYA PADECIDO:** DIABETES  DERRAME CEREBRAL  HIPERTENSIÓN (Presión alta)  ENFERMEDAD CARDIACA  ENFERMEDAD DEL RIÑÓN  
 ENFERMEDAD MENTAL (depresión/ansiedad)  TENDENCIA A SANGRAR  TUBERCULOSIS  ADICCIÓN A LAS DROGAS O AL ALCOHOL  
 COLESTEROL ALTO  ARTRITIS  CÁNCER  HEPATITIS

FAVOR DE ANOTAR CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD QUE HAYA PADECIDO Y QUE NO APAREZCA EN LA LISTA ANTERIOR:

**MARQUE LAS QUE HAYA PADECIDO ALGUNO DE SUS PARIENTES CONSANGUÍNEOS:** DIABETES  DERRAME CEREBRAL  HIPERTENSIÓN (Presión alta)  ENFERMEDAD CARDIACA  ENFERMEDAD DEL RIÑÓN  
 ENFERMEDAD MENTAL (depresión/ansiedad)  TENDENCIA A SANGRAR  TUBERCULOSIS  ADICCIÓN A LAS DROGAS O AL ALCOHOL  
 COLESTEROL ALTO  ARTRITIS  CÁNCER  HEPATITIS

POR FAVOR ANOTE CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD QUE HAYA PADECIDO Y QUE NO APAREZCA EN LA LISTA ANTERIOR:

**¿HA SUFRIDO LESIONES GRAVES, HUESOS ROTOS, ETC.?** NO  SÍ FAVOR DE ENUMERELAS:**¿ES ALÉRGICO O SENSIBLE A ALGÚN MEDICAMENTO U OTRA SUSTANCIA?** NO  SÍ FAVOR DE ENUMERELAS:¿FUMA TABACO? ¿EN EL PASADO?  
 NO  SÍ  NO  SÍ  
TIPO: CANTIDAD DIARIA: POR CUANTO TIEMPO:¿TOMA ALCOHOL?  
 NO  SÍ  
TIPO: CANTIDAD SEMANAL: POR CUANTO TIEMPO:**MARQUE LAS ENFERMEDADES CONTRA LAS QUE LO HAN VACUNADO:** VIRUELA  TIFOIDEA  POLIO  INFLUENZA  NEUMONÍA (pneumovax)  HEPATITIS A  HEPATITIS B  OTRA \_\_\_\_\_  
 HERPES ZOSTER (Zostavax)  Tétano \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes Año  VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (Gardasil)CIRUGIAS ANTERIORES: FECHA:

MEDICAMENTOS:	DOSIS:	CANTIDAD DIARIA:

**DENTAL** (Mencione los problemas que tiene en este momento):

---



---



---



---

INICIO DEL ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL	SUS PERIODOS SON: <input type="checkbox"/> REGULARES <input type="checkbox"/> IRREGULARES	No. DE EMBARAZOS :	No. DE ABORTOS:
¿USA ANTICONCEPTIVOS ORALES? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	TIPO:		
¿HA TOMADO MEDICAMENTOS TIPO CORTISONA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	TIPO:		
¿HA TENIDO ALGUNA TRASFUSIÓN DE SANGRE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	SI ES ASÍ, LA FECHA:		
¿CUÁNTO PESA VESTIDO?:	¿CUÁNTO TIEMPO HA PESADO ESO?		

¿RAZÓN PARA SU VISITA DE HOY?

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---