## **Benacare Medical Center, Inc.** CUESTIONARIO E HISTORIAL MÉDICO

FEC	HA 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:	TELÉFONO:		
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	LUGAR D	DE NACIMIENTO:	NACIONALIDAD	DE LOS PADRES:		
ESTADO CIVIL:							
□ SOLTERO □ DIVORO	CIADO 🗆	VIUDO	☐ CASADO - Actualmente cuantos años				
OCUPACIÓN:	<u> </u>			¿CUÁNTO TIEM	PO?		
MARQUE CUALQUIER ENFER	MEDAD QUE HA	YA PADECII	DO:				
☐ DIABETES ☐ DERRAME	CEREBRAL [	HIPERTEN	SIÓN (Presión alta) 🔲 ENFERMEDAD CA	ARDIACA	RIÑÓN		
☐ ENFERMEDAD MENTAL (de	presión/ansiedad)	) 🗆 TEND	ENCIA A SANGRAR 🔲 TUBERCULOSIS	☐ ADICCIÓN A LAS DROGAS O	AL ALCOHOL		
☐ COLESTEROL ALTO ☐ A							
FAVOR DE ANOTAR CUALQUIE	ER OTRA ENFER	MEDAD QU	E HAYA PADECIDO Y QUE NO APAREZCA	EN LA LISTA ANTERIOR:			
MARQUE LAS QUE HAYA PAD	ECIDO ALGUNO	DE SUS PA	ARIENTES CONSANGUINEOS:				
☐ DIABETES ☐ DERRAME	CEREBRAL [	HIPERTEN	SIÓN (Presión alta) 🗌 ENFERMEDAD CA	ARDIACA	RIÑÓN		
☐ ENFERMEDAD MENTAL (de	presión/ansiedad)	) 🗆 TEND	ENCIA A SANGRAR 🔲 TUBERCULOSIS	☐ ADICCIÓN A LAS DROGAS O	AL ALCOHOL		
☐ COLESTEROL ALTO ☐ A	RTRITIS 🗆 CÁ	ÁNCER 🗆	HEPATITIS				
POR FAVOR ANOTE CUALQUI	ER OTRA ENFER	RMEDAD QU	E HAYA PADECIDO Y QUE NO APAREZCA	EN LA LISTA ANTERIOR:			
¿HA SUFRIDO LESIONES GRA	AVES, HUESOS F	ROTOS, ETC	c.?				
□ NO □ SÍ FAVOR DE EN	NUMERELAS:						
¿ES ALÉRGICO O SENSIBLE	A ALCIÍN MEDIC	AMENTO II	OTDA CUCTANCIA?				
□ NO □ SÍ FAVOR DE EN		AMENIOU	OTRA SUSTANCIA?				
NO SI FAVOR DE EI	NUIVIENELAS.						
¿FUMA TABACO?	¿EN EL PASAI	00?	TIPO:	CANTIDAD DIARIA:	POR CUANTO TIEMPO:		
□ NO □ SÍ	□ NO □ SÍ						
¿TOMA ALCOHOL?			TIPO:	CANTIDAD SEMANAL:	POR CUANTO TIEMPO:		
□ NO □ SÍ							
MARQUE LAS ENFERMEDADE	S CONTRA LAS	QUE LO H	AN VACUNADO:		-		
☐ VIRUELA ☐ TIFOIDEA	□ POLIO □	] INFLUENZA	A 🗌 NEUMONÍA (pneumovax) 🗌 HEF	PATITIS A 🔲 HEPATITIS B 🔲	OTRA		
☐ HERPES ZOSTER (Zostavax		Mes Año	☐ VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	(Gardasil)			
CIRUGIAS ANTERIORES:				FECHA:			

MEDICAMENTOS:		DOSIS:		CANDIDAD DIARIA:			
DENTAL (Mencione los problema	s que tiene en este momento):						
INICIO DEL ÚLTIMO PERÍODO N	MENSTRUAL	SUS PERIODOS SON:	No. DE EN	MBARAZOS:	No. DE ABORTOS:		
¿USA ANTICONCEPTIVOS ORA  ☐ NO ☐ SÍ	LES?	TIPO:					
¿HA TOMADO MEDICAMENTOS	STIPO CORTISONA?	TIPO:					
¿HA TENIDO ALGUNA TRASFUSIÓN DE SANGRE?		SI ES ASÍ, LA FECHA:					
¿CUÁNTO PESA VESTIDO?:	¿CUÁNTO TIEMPO HA PESADO	ESO?					
¿RAZÓN PARA SU VISITA DE H	OY?						