

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:	EDAD:	LUGAR DE NACIMIENTO:	NACIONALIDAD DE LOS PADRES:
ESTADO CIVIL:			
<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> 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?	TIPO:	CANTIDAD DIARIA:	POR CUANTO TIEMPO:
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ			
¿TOMA ALCOHOL?		TIPO:	CANTIDAD SEMANAL:	POR CUANTO TIEMPO:
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ				

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:

