

## Cuestionario médico para pacientes nuevos

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Otros médicos: \_\_\_\_\_

¿Qué médico solicitó esta consulta? \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Ubicación (intersección más cercana) \_\_\_\_\_

### PADECIMIENTO

¿Cuál es/son el/los motivo(s) de su consulta en el día de hoy?

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

**FACTORES DE RIESGO CORONARIO:** (marque si tiene o ha tenido alguno de los siguientes e indique el año en que fue diagnosticado por primera vez)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta)                               | <input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad cardíaca       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad arterial periférica (carótida, piernas)                 | <input type="checkbox"/> Colesterol anormal/alto                              |
| <input type="checkbox"/> Máquina de presión positiva continua en las vías respiratorias     |   |
| <input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño  | <input type="checkbox"/> Fumador actual o <input type="checkbox"/> ex fumador |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (en caso afirmativo, indicar si toma píldoras o insulina) |   |

### ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

**Marque todos los que correspondan e indique el año en que fueron diagnosticado por primera vez.**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria  | Año: _____   | <input type="checkbox"/> Aneurisma Año: _____     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria carótida/estenosis                                 | Año: _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Infarto   | Año: _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar (coagulo de sangre en pulmón)                              | Año: _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Agrandamiento del corazón Año: _____  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco Año: _____   |  | <input type="checkbox"/> Marcapasos Año: _____    |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular o TIA (mini accidente cerebrovascular) Año: _____ |  | <input type="checkbox"/> Desfibrilador Año: _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la válvula cardíaca Año: _____                                | <input type="checkbox"/> Arritmia (ritmo anormal) Año: _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad arterial periférica (obstrucciones en las arterias de la pierna) | Año: _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva (debilidad del músculo cardíaco)          | Año: _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda (DVT, coagulo de sangre en la pierna)             | Año: _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Hospitalización por cualquier problema del corazón                          | _____  |   |

### PROCEDIMIENTOS CARDIACOS/PRUEBAS DE DIAGNOSTICO

- Cateterismo cardíaco o del corazón \_\_\_\_\_
- Angioplastia/Colocación de stent en arterias del corazón/pierna u otras arterias \_\_\_\_\_
- Electrofisiología o procedimiento de ablación \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS ACTUALES / SUPLEMENTO**

Favor de anotar TODOS los medicamentos que esté tomando en casa. Favor de incluir todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, hierbas medicinales, y suplementos.

*Nombre de los medicamentos/Dosis/Frecuencia o cuando se toman*

*Ejemplo: Lasix 40mg dos veces al día*

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_
- 7) \_\_\_\_\_
- 8) \_\_\_\_\_
- 9) \_\_\_\_\_
- 10) \_\_\_\_\_

(Adjunte más paginas si es necesario)

**ALERGIAS/INTOLERANCIA A MEDICAMENTOS**

Favor de anotar los medicamentos, comidas o materiales, como el compuesto de contraste o yodo, a los que sea alérgico, le produjeron alguna reacción adversa o no tolera y describa la reacción.

*Reacción a los medicamentos (por ejemplo, urticaria, inflamación, dificultad para respirar, sarpullido, etc.)*

*Ejemplo: Lipitor-> urticaria, dolores musculares*

---

---

---

---

---

**ANTECEDENTES QUIRURGICOS/CIRUGIAS**

Favor de indicar alguna otra cirugía que haya tenido e incluya el año.

Cirugía	Fecha
<i>Extirpación de la vesicular biliar</i>	<i>1998</i>

---

---

---

---

---

**ANTECEDENTES MEDICOS**

Marque todos los que correspondan e indique el año en que fueron diagnosticados por primera vez.

**ANTECEDENTES PULMONARIOS:**

Asma Año: \_\_\_\_\_  Neumonía Año: \_\_\_\_\_  
 Enfisema / COPD Año: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES GASTROINTESTINALES:**

Hemorragia gastrointestinal Año: \_\_\_\_\_  Ulceras Año: \_\_\_\_\_  
 Reflujo (GERD) Año: \_\_\_\_\_  Enfermedad hepática Año: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES RENALES/GENITOURINARIOS**

Enfermedad renal/Nivel elevado de creatinina Año: \_\_\_\_\_  Enfermedad de la próstata Año: \_\_\_\_\_  
 Diálisis Año: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES NEUROLOGICOS/ PSICOLOGICOS**

Hemorragia intracraneal (en el cerebro) Año: \_\_\_\_\_  Trastorno convulsivo Año: \_\_\_\_\_  
 Demencia Año: \_\_\_\_\_  Depresión Año: \_\_\_\_\_  
 Trastorno de ansiedad Año: \_\_\_\_\_  Enfermedad de Parkinson Año: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS FEMENINOS: Si corresponde**

Menopausia (¿a qué edad?) \_\_\_\_\_  Actualmente embarazada (número de semanas) \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES ENDOCRINAS**

Trastorno de la tiroides Año: \_\_\_\_\_

**OTROS**

Cáncer Año: \_\_\_\_\_  VIH Año: \_\_\_\_\_  
 Trastornos de la coagulación Año: \_\_\_\_\_  Trastorno autoinmunes (i.e. Lupus) Año: \_\_\_\_\_  
 Trastornos hemorrágicos Año: \_\_\_\_\_  Artritis Año: \_\_\_\_\_  
 Anemia Año: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES SOCIALES**

Estado civil (marque con un circulo): Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a Pareja de hecho

Cantidad de hijos: \_\_\_\_\_ Con quien vive? \_\_\_\_\_

Esta jubilado/a: Si No Ocupación actual o anterior: \_\_\_\_\_

Actividades de ocio (Incluya sus pasatiempos): \_\_\_\_\_

---

**EJERCICIO**

**No/Sedentario    Ocasional    Regular    Estilo de vida activo    Físicamente incapaz de realizar ejercicio**

Tipo de ejercicio y cuánto tiempo (cuantos minutos y veces por semana):

\_\_\_\_\_

**¿Consume tabaco?** Si En el pasado    Nunca

Cigarrillos/Cigarros/Pipa/Tabaco de mascar/Cigarrillo electrónico (marque con un circulo)

\_\_\_\_ por día Cantidad de años que ha fumado? \_\_\_\_\_ Fecha en que dejo de fumar?

\_\_\_\_\_

**¿Bebe alcohol?** Si    En el pasado    Nunca

Cerveza/vino/Bebidas alcohólicas de alta graduación (marque con un circulo)

\_\_\_\_\_ vasos por día/semana /mes/año

**¿Consume cafeína?** Si    En el pasado    Nunca

Café/Te/Refresco con cafeína? (marque con un circulo)

\_\_\_\_ vasos por día/semana /mes/año

**¿Consume drogas en forma recreativa?** Si    En el pasado    Nunca

Marihuana/Cocaína/Metanfetamina/Heroina/otras \_\_\_\_\_

¿Fecha que dejo de consumirlas? \_\_\_\_\_ Asistió a una rehabilitación? \_\_\_\_\_

**¿Actualmente sigue una dieta especial? ¿Cual?**

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Por favor indique su padre madre, hermano (s) o hermana (s) tienen o han tenido las siguientes condiciones y las edades en que fueron diagnosticadas.

**Infarto, Accidente cerebrovascular, Angioplastia/Stents, Cirugía Cardíaca, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Coágulos de Sangre, Aneurisma, o Ritmo Cardíaco Anormal**

Edad Actual	Diagnostico	Edad de fallecimiento
	(edad al momento del diagnóstico)	(si corresponde y causa de muerte)

Padre \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

Hermano (s) \_\_\_\_\_

Hermana (s) \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

\_\_ Marque aquí si es adoptado/se desconocen sus antecedentes familiares

**REVISION DE LOS SISTEMAS**
**Marque si tiene alguno de los siguientes síntomas:**

CONSTITUCION	OJOS	GASTROINTESTINAL	ENDO/HEMA/ALLERGIAS
Fiebre/Fever	Visión borrosa/Blurred Vision	Acidez estomacal/Heartburn	Formación de hematomas (moretones)con facilidad/Easy bruising
Escalofríos/ Chills	Visión doble/ Double vision	Nauseas/ Nausea	Alergias/Allergies
Pérdida de peso/ Weight Loss	Sensibilidad a la luz/ Sensitive to light	Vómitos/ Vomiting	Sed excesiva/ Excessive thirst
Fatiga/ Fatigue	Dolor en el ojo/ Eye pain	Dolor abdominal/ Abdominal pain	<b>NEUROLOGICO</b>
Sudoración/transpiración/Sweating/Perspiration	Secreción del ojo/ Eye discharge	Diarrea/ Diarrhea	Mareos/ Dizziness
Debilidad/ Weakness	Enrojecimiento del ojo/ Eye redness	Constipación/ Constipation	Hormigueo/ Tingling
<b>PIEL</b>	<b>CARDIOVASCULAR</b>	Sangre en las heces/ Blood in stool	Temblor/ Tremor
Sarpullido/ Rash	Dolor de pecho/ Chest Pain	Deposiciones de color negro/Black stool	Cambios sensoriales/ Sensory change
Comezón/ Itching	Palpitaciones/aleteos/ Palpitations/flutterers	<b>GENITOURINARIO</b>	Cambios en el habla/ Speech change
<b>HENT (cabeza, oídos, nariz y garganta)</b>	Dificultad para respirar cuando esta acostado/ Shortness of breath When lying down	Micción dolorosa/Painful urination	Debilidad focal/ Focal weakness
Dolor de cabeza/ Headache	Dolor en las piernas al caminar/ Leg pain while walking	Urgencia para orinar/ Urgency	Convulsiones/ Seizures
Perdida de la audición/ Hearing Loss	Hinchazón en las piernas/ Leg swelling	Micción frecuente/ Urinary frequency	Pérdida de conciencia/ Loss of consciousness
Zumbido en los oídos/Ringing in the ears	Despertarse del sueño con dificultad para respirar/ Waking from sleep short of breath	Sangre en la orina/ Blood in urine	<b>PSIQUIATRICO</b>
Dolor de oído/ Ear pain	<b>RESPIRATORIO</b>	Dolor en el flanco/ Flank pain	Depresión/ Depression
Secreción del oído/Ear discharge	Tos/ Cough	<b>MUSCULOESQUELETICO</b>	Ideas suicidas/ Suicidal ideas
Hemorragia nasal/ Nosebleeds	Tos o expectoración con sangre/ Coughing up blood	Dolor muscular/ Muscle pain	Abuso de sustancias/ Substance abuse
Congestión/ Congestions	Producción de esputo/ Sputum production	Dolor de cuello/ Neck pain	Alucinaciones/ Hallucination
Dolor de garganta/ Sore throat	Dificultad de respirar/ Short of breath	Dolor de espalda/ Back pain	Nervios/anxious
	Sibilancias/ Wheezing	Dolor en las articulaciones/ Joint pain	Insomnio/ Insomnia
		Caídas/ Falls	Pérdida de memoria/ Memory loss