



Cuestionario médico para pacientes nuevos

FECHA: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento : _____ EDAD: _____

Médico de atención primaria: _____

Otros médicos: _____

¿Qué médico solicitó esta consulta? _____

Nombre de la 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)

___ Hipertensión (presión arterial alta) _____ ___ Antecedentes familiares de enfermedad cardíaca _____

___ Diabetes (en caso afirmativo, indicar si toma píldoras o insulina) _____

___ Apnea obstructiva del sueño _____

___ Colesterol anormal/alto _____

___ Máquina de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) _____

___ Enfermedad arterial periférica (carótida, piernas) _____ ___ Fumador actual o ___ ex fumador _____

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

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

___ Enfermedad de la arteria coronaria _____ ___ Enfermedad de la arteria carótida/estenosis _____

___ Infarto _____ ___ Embolia pulmonar (coágulo de sangre en pulmón) _____

___ Agrandamiento del corazón _____ ___ Aneurisma _____

___ Soplo cardíaco _____ ___ Marcapasos _____

___ Accidente cerebrovascular o TIA (mini accidente cerebrovascular) _____ ___ Desfibrilador _____

___ Enfermedad de la válvula cardíaca _____ ___ Arritmia (ritmo anormal) _____

___ Enfermedad arterial periférica (obstrucciones en las arterias de la pierna) _____

___ Insuficiencia cardíaca congestiva (debilidad del músculo cardíaco) _____

___ Trombosis venosa profunda (DVT, coágulo de sangre en la pierna) _____

___ Hospitalización por cualquier problema del corazón _____

PROCEDIMIENTOS CARDÍACOS/PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO

Marque todos los que correspondan e indique el año en que se realizó el procedimiento.

___ Cateterismo cardíaco o del corazón _____

___ Angioplastia/Colocación de stent en arterias del corazón/pierna u otras arterias _____

___ Electrofisiología o procedimiento de ablación _____

Cuestionario médico para pacientes nuevos

Nombre del paciente: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES/SUPLEMENTOS

Enumere **TODOS** los medicamentos que tome en su hogar. Incluya **TODOS** los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas, hierbas medicinales y suplementos.

Nombre de los medicamentos, dosis, y con qué frecuencia o cuándo se toman

Ejemplo: lasix 40 mg dos veces al día

1)	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____
4)	_____	_____	_____
5)	_____	_____	_____
6)	_____	_____	_____
7)	_____	_____	_____
8)	_____	_____	_____
9)	_____	_____	_____
10)	_____	_____	_____

(Si fuese necesario adjunte más páginas)

ALERGIAS/ INTOLERANCIA A MEDICAMENTOS

Enumere todos los medicamentos, alimentos o materiales, como el compuesto de contraste o yodo, a los que es 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 musculare

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS/CIRUGÍAS

Indique alguna otra cirugía que haya tenido e incluya el año.

Cirugía

Fecha / Date

Ejemplo: Extirpación de la vesícula biliar

1988

Cuestionario médico para pacientes nuevos

Nombre del paciente: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

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

ANTECEDENTES PULMONARES:

_____ Asma _____ Neumonía _____
_____ Enfisema / COPD _____

ANTECEDENTES GASTROINTESTINALES :

_____ Hemorragia gastrointestinal _____ Úlceras _____
_____ Reflujo (GERD) _____ Enfermedad hepática _____

ANTECEDENTES RENALES/GENITOURINARIOS

_____ Enfermedad renal / Nivel elevado de creatinina _____ Enfermedad de la próstata _____
_____ Diálisis _____

ANTECEDENTES NEUROLÓGICOS / PSICOLÓGICAS :

_____ Hemorragia intracraneal (en el cerebro) _____ Trastorno convulsivo _____
_____ Demencia _____ Depresión _____
_____ Trastorno de ansiedad _____ Enfermedad de Parkinson _____

ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS FEMENINOS:

No corresponde

_____ Menopausia (¿a qué edad?) _____ Actualmente embarazada (cantidad de semanas) _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES ENDOCRINAS:

_____ Trastorno de la tiroides / _____

OTROS:

_____ Cáncer (tipo) _____ VIH _____
_____ Trastornos de la coagulación _____ Trastornos autoinmunes (es decir, Lupus) _____
_____ Trastornos hemorrágicos _____ Artritis _____
_____ Anemia _____

ANTECEDENTES SOCIALES / SOCIAL HISTORY:

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

Cantidad de hijos : _____ ¿Con quién vive?? _____

¿Está jubilado/a? Sí No Ocupación actual o anterior: _____

Actividades de ocio: (Incluya sus pasatiempos) _____

Ejercicio (marque con un círculo)

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

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

Cuestionario médico para pacientes nuevos

Nombre del paciente : _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

¿Consumes tabaco? Sí En el pasado Nunca

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

_____ por día ¿Cantidad de años que ha fumado? _____ ¿Fecha en que dejó de fumar? _____

¿Bebe alcohol? Sí En el pasado Nunca

Cerveza / Vino / Bebidas alcohólicas de alta graduación / (marque con un círculo)

_____ vasos por día/semana/mes/año

¿Toma cafeína? Sí En el pasado Nunca

Café / Te / Refresco con cafeína / (marque con un círculo)

_____ tazas por día/semana/mes/año

¿Consumes drogas en forma recreativa? Sí En el pasado Nunca

Marihuana / Cocaína / Metanfetamina / Heroína / Otras / _____

¿Fecha en que dejó de consumirlas? _____ ¿Asistió a una rehabilitación? _____

¿Actualmente sigue una dieta especial? ¿Cuál?: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Indique si 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	Diagnóstico (edad al momento del diagnóstico)	Edad de fallecimiento (si corresponde y causa de muerte)
Padre	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____
Hermano(s)	_____	_____	_____
Hermana(s)	_____	_____	_____
Otra	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

_____ Marque aquí si es adoptado/se desconocen sus antecedentes familiares

Cuestionario médico para pacientes nuevos

Nombre del Paciente : _____ Fecha de Nacimiento: _____

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

Fecha: _____

Marque si tiene alguno de los siguientes síntomas:

CONSTITUCIÓN	OJOS	GASTROINTESTINAL	ENDO/HEMA/ALERGIAS
Fiebre / Fever	Visión borrosa / Blurred vision	Acidez estomacal / Heartburn	Formación de hematomas con facilidad / Easy bruising
Escalofríos / Chills	Visión doble / Double vision	Náuseas / 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	NEUROLÓGICO
Sudoración/transpiración / Sweating/Perspiration	Secreción del ojo / Eye discharge	Diarrea / Diarrhea	Mareos / Dizziness
Debilidad / Weakness	Enrojecimiento del ojo / Eye redness	Constipación / Constipation	Hormigueo / Tingling
PIEL	CARDIOVASCULAR	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	GENITOURINARIO	Cambios en el habla / Speech change
HENT (cabeza, oídos, nariz y garganta)	Dificultad para respirar cuando se está acostado / Shortness of breath when lying down	Micción dolorosa / Painful urination	Debilidad focal / Focal weakness
		Urgencia para orinar / Urgency	Convulsiones / Seizures
Dolores de cabeza / Headaches	Dolor en las piernas al caminar / Leg pain while walking	Micción frecuente / Urinary frequency	Pérdida de conciencia / Loss of consciousness
Pérdida de la audición / Hearing loss	Hinchazón en las piernas / Leg swelling	Sangre en la orina / Blood in urine	PSIQUIÁTRICO
Zumbido en los oídos / Ringing in the ears	Despertarse del sueño con dificultad para respirar / Waking from sleep short of breath	Dolor en el flanco / Flank pain	Depresión / Depression
Dolor de oído / Ear pain		MUSCULOESQUELÉTICO	Ideas suicidas / Suicidal ideas
Secreción del oído / Ear discharge	RESPIRATORIO	Dolor muscular / Muscle pain	Abuso de sustancias / Substance abuse
Hemorragia nasal / Nosebleeds	Tos / Cough	Dolor de cuello / Neck pain	Alucinaciones / Hallucinations
Congestión / Congestion	Tos o expectoración con sangre / Coughing up blood	Dolor de espalda / Back pain	Nerviosismo/ansiedad / Nervous/Anxious
Dolor de garganta / Sore throat	Producción de esputo / Sputum production	Dolor en las articulaciones / Joint pain	Insomnio/ Insomnia
	Dificultad para respirar / Short of breath	Caídas / Falls	Pérdida de memoria / Memory loss
	Sibilancias / Wheezing		