

**CUESTIONARIO DEL HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE  
PATIENT HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE**



La siguiente información es muy importante para su plan de atención.  
Tómese el tiempo para llenar por completo todos los datos de esta información importante.  
Contamos con usted. Complete todas las secciones. No deje espacios en blanco.  
The following information is very important to your plan of care.  
Please take time to fully and completely fill out this important information.  
We are counting on you. Please complete every section. Do not leave any blanks.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Cita** \_\_\_\_\_  
**Name:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_ **Appt.** \_\_\_\_\_

**Género:** M F O **Estado civil:** Soltero Casado Pareja de hecho Viudo Separado Divorciado  
**Gender:** M F O **Marital status:** Single Married Partnered Widowed Separated Divorced

**Médico de Cabecera** \_\_\_\_\_ **Médico Solicitante** \_\_\_\_\_  
**Family Dr.** \_\_\_\_\_ **Requesting Dr.** \_\_\_\_\_

**Otros médicos tratantes:** \_\_\_\_\_  
**Other treating physicians:** \_\_\_\_\_

**¿Acerca de qué es la consulta?** \_\_\_\_\_  
**What will we be seeing you for?** \_\_\_\_\_

**Idioma que habla:** \_\_\_\_\_  
**Spoken language:** \_\_\_\_\_

**Idioma en el que prefiere recibir la información médica:** \_\_\_\_\_  
**Preferred Language for Medical Information:** \_\_\_\_\_

**SUS ANTECEDENTES MÉDICOS  
YOUR PAST MEDICAL HISTORY**

**¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes? Marque todas las que correspondan.**  
**Do you have now, or have you ever had any of the following? Mark all that apply.**

<input type="checkbox"/> Aneurisma aórtico abdominal Abdominal Aortic Aneurysm	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar Gallbladder disease	<input type="checkbox"/> Osteoporosis Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer Alzheimer's disease	<input type="checkbox"/> Glaucoma Glaucoma	<input type="checkbox"/> Marcapasos Pacemaker
<input type="checkbox"/> Anemia Anemia	<input type="checkbox"/> Gota Gout	<input type="checkbox"/> Desfibrilador w/Defibrillator
<input type="checkbox"/> Ansiedad Anxiety	<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco/Infarto al miocardio Heart Attack/MI	<input type="checkbox"/> Problemas de próstata Prostate problems
<input type="checkbox"/> Artritis Arthritis	<input type="checkbox"/> Stents stent(s)	<input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica Psychiatric disease
<input type="checkbox"/> Asma Asthma	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco Heart Murmur	<input type="checkbox"/> Embolia pulmonar Pulmonary Embolus
<input type="checkbox"/> Afecciones de la espalda Back disorder	<input type="checkbox"/> Acidez estomacal: <input type="checkbox"/> Ocasional Heartburn: <input type="checkbox"/> occasional	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide Rheumatoid Arthritis
<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico Bleeding disorder	<input type="checkbox"/> GERD (Reflujo gastroesofágico) GERD	<input type="checkbox"/> Infección grave Serious Infection

<input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos/DVT (trombosis venosa profunda) Blood Clots/DVT	<input type="checkbox"/> Hepatitis: <input type="checkbox"/> A Hepatitis:	<input type="checkbox"/> Apnea del sueño <input type="checkbox"/> CPAP (presión positiva continua en las vías respiratorias) Sleep Apnea CPAP
<input type="checkbox"/> Cáncer (ubicación) Cancer (location)	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular Stroke
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria carótida Carotid Artery disease	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> TIA (Ataque isquémico transitorio) TIA
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn Crohn's disease	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta High Blood Pressure	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides Thyroid disease
<input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable Irritable Bowel Syndrome	<input type="checkbox"/> Colesterol alto High Cholesterol	<input type="checkbox"/> Úlceras Ulcers
<input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca Celiac disease	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Enfermedad vascular/Stents Vascular disease/Stents
<input type="checkbox"/> COPD (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica) COPD	<input type="checkbox"/> Frecuencia cardíaca irregular Irregular Heart Rate	<input type="checkbox"/> Corazón heart
<input type="checkbox"/> CHF (Insuficiencia cardíaca congestiva) Congestive Heart Failure (CHF)	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal Kidney disease	<input type="checkbox"/> Otro other
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria Coronary Artery disease	<input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa Lactose Intolerance	<input type="checkbox"/> Enfermedad venérea/STD (Enfermedad de transmisión sexual) Venereal disease/STD
<input type="checkbox"/> Diabetes: <input type="checkbox"/> Tipo I Diabetes: Type I	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar Lung disease	
<input type="checkbox"/> Tipo II Type II	<input type="checkbox"/> Oxígeno suplementario Supplemental oxygen	<input type="checkbox"/> Otro: Other:
<input type="checkbox"/> Prediabético Pre-diabetic	<input type="checkbox"/> Hipertermia maligna Malignant Hyperthermia	
<input type="checkbox"/> Depresión Depression	<input type="checkbox"/> Migrañas Migraines	
<input type="checkbox"/> Enfisema Emphysema	<input type="checkbox"/> MRSA (Estafilococo dorado resistente a la metilina)/MSSA (Estafilococo dorado sensible a la metilina) MRSA/MSSA	
<input type="checkbox"/> Epilepsia/Trastorno convulsivo Epilepsy/Seizure disorder	<input type="checkbox"/> Neuropatía Neuropathy	

**¿Alguna vez le han practicado una CIRUGÍA?**  
Have you ever had SURGERY?

Sí—explique  
Yes—please explain

No  
No

**Año**  
**Year**

**Hospital**  
**Hospital**

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

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

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

**¿Le han IMPLANTADO ALGÚN DISPOSITIVO MÉDICO?**  No  Sí - explique  
**Do you have any IMPLANTED MEDICAL DEVICES?** No Yes – please explain

AÑO: \_\_\_\_\_ HOSPITAL: \_\_\_\_\_  
 YEAR: \_\_\_\_\_ HOSPITAL: \_\_\_\_\_

**Ofrezca la mayor cantidad de detalles posible; incluya los números de marca y modelo de sus tarjetas de implante, si corresponde.**

**Please provide as many details as possible; include make and model numbers from your implant cards, if applicable.**

---



---



---

**¿Alguna vez ha sido HOSPITALIZADO?**  Sí—explique  No  
**Have you ever been HOSPITALIZED?** Yes—please explain No

---



---



---

**Dispositivos de ayuda:**  Bastón  Andador  Muletas  Silla de ruedas  Otro \_\_\_\_\_  
**Assistive Devices:** cane walker crutches wheelchair other

**MEDICAMENTOS: (Incluya la dosis)**  No toma medicamentos actualmente  
**MEDICATIONS: (Please Include Dosage)** No Active Medications

**¿Toma algún anticoagulante?**  Sí  No  
**Do you take any blood thinners?** Yes No

MEDICAMENTOS RECETADOS PRESCRIPTION Medications	DOSIS DOSE	INSTRUCCIONES DIRECTIONS	OBJETIVO PURPOSE
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Medicamentos de venta libre: (como aspirina, ibuprofeno, naproxeno, etc.)**  
**Over the counter medications: (like Aspirin, Ibuprofen, Naproxen, etc)**

---



---



---



---

**Suplementos vitamínicos, minerales y herbales:**

Vitamin, Mineral, and Herbal Supplements:

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Es usted ALÉRGICO a alguno de los siguientes elementos?  No (en caso afirmativo, explique su reacción)

Are you ALLERGIC to any of the following?

No (if yes, please explain your reaction)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> MARISCOS _____<br>SHELLFISH                           | <input type="checkbox"/> HUEVOS _____<br>EGGS                                 | <input type="checkbox"/> LÁTEX _____<br>LATEX   |
| <input type="checkbox"/> YODO _____<br>IODINE                                  | <input type="checkbox"/> AVES DE CORRAL _____<br>POULTRY                      | <input type="checkbox"/> METAL _____<br>METAL   |
| <input type="checkbox"/> MEDIO DE CONTRASTE<br>PARA RAYOS X _____<br>X-RAY DYE | <input type="checkbox"/> PLUMAS _____<br>FEATHERS                             | <input type="checkbox"/> NÍQUEL _____<br>NICKEL |
| <input type="checkbox"/> Picaduras de abeja _____<br>Bee Stings                | <input type="checkbox"/> Estacional/ambiental _____<br>Seasonal/Environmental |   |

**ALERGIAS o REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS:**

Ninguna alergia a medicamentos conocida

DRUG ALLERGIES or ADVERSE REACTIONS:

No Known drug allergies

ALERGIA ALLERGY	REACCIÓN REACTION	ALERGIA ALLERGY	REACCIÓN REACTION
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**ANTECEDENTES FAMILIARES – ¿Alguien en su familia tuvo alguno de los siguientes problemas?**

FAMILY HISTORY – Has anyone in your family had any of the following problems?

Ningún antecedente familiar conocido

Desconozco los detalles de los antecedentes familiares

No known family history

Unaware of family history details

Enfermedad Disease	Madre Mother	Padre Father	Hermanos Brothers	Hermanas Sisters	Hijas Daughters	Hijos Sons
Presión arterial alta/Hipertensión High blood pressure/Hypertension						

Ataque cardíaco/Cirugía de corazón Heart Attack/ Heart surgery						
Diabetes Diabetes						
Accidente cerebrovascular Stroke						
Cáncer (tipo) Cancer (type)						
Osteoporosis Osteoporosis						
Problemas de tiroides Thyroid problems						
Problemas con la anestesia Problems with anesthesia						
Hipertermia maligna Malignant hyperthermia						
Coágulos sanguíneos/Enfermedades de la sangre Blood clots/Blood Diseases						
Otro – Other -						

**ANTECEDENTES SOCIALES – Una respuesta en cada área**  
**SOCIAL HISTORY – Please mark every area**

Ocupación: \_\_\_\_\_  
Occupation:

Diestro                       Zurdo  
Right Hand Dominant      Left Hand Dominant

Hábitos personales:                      No                      Sí – explique (tipo/cantidad/frecuencia/fecha de abandono)  
Personal Habits:                              No                      Yes – please explain (type/amount/ frequency/quit date)

- |  |                          |                                |
|--|--------------------------|--------------------------------|
| Consume productos de tabaco en la actualidad<br>Use Tobacco products currently   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Consumió productos de tabaco en el pasado<br>Used Tobacco products in the past   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Consume productos alcohólicos en la actualidad<br>Use Alcohol products currently | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Consumió productos alcohólicos en el pasado<br>Used Alcohol products in the past | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Consume drogas ilegales en la actualidad<br>Use illegal drugs currently          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Consumió drogas ilegales en el pasado<br>Used illegal drugs in the past          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |

**REVISIÓN DE LOS SISTEMAS**  
**REVIEW OF SYSTEMS**

¿Ha tenido molestias con alguno de los siguientes síntomas en las últimas 4 a 6 semanas?  
Have you been troubled with any of the following symptoms within the last 4 – 6 weeks?

**General**  
**General**

No  Sí Fiebre  
No Yes Fever

No  Sí Sudoración  
No Yes Sweats

**Piel**  
**Skin**

No  Sí Comezón  
No Yes Itching

No  Sí Sarpullido  
No Yes Rash

No  Sí Heridas de cicatrización  
lenta  
No Yes Slow healing wounds

**Hematológicos**  
**Hematologic**

No  Sí Desarrolla hematomas  
con facilidad  
No Yes Easy bruising

No  Sí Sangra con facilidad  
No Yes Easy bleeding

No  Sí Dificultad para detener  
hemorragias  
No Yes Hard to stop bleeding

**Ojos**  
**Eyes**

No  Sí Visión borrosa  
No Yes Blurred vision

No  Sí Visión cambiante  
No Yes Changing vision

No  Sí Visión doble  
No Yes Double vision

No  Sí Uso anteojos  
No Yes Wear glasses

No  Sí Uso lentes de contacto  
No Yes Wear contacts

**Neurológicos**  
**Neurologic**

No  Sí Entumecimiento  
No Yes Numbness

No  Sí Hormigueo  
No Yes Tingling

No  Sí Dolores de cabeza  
No Yes Headaches

No  Sí Debilidad  
No Yes Weakness

**Alergia**  
**Allergy**

No  Sí Urticaria  
No Yes Hives

No  Sí Síntomas estacionales  
No Yes Seasonal symptoms

No  Sí Estornudos  
No Yes Sneezing

No  Sí Congestión nasal  
No Yes Nasal congestion

**Cardiovasculares**  
**Cardiovascular**

No  Sí Dolor en el pecho  
No Yes Chest pain

No  Sí Presión en el pecho  
No Yes Chest pressure

No  Sí Inflamación de los  
tobillos  
No Yes Ankle swelling

No  Sí Frecuencia cardíaca  
irregular  
No Yes Irregular heartbeat

**Salud mental**  
**Mental Health**

No  Sí Insomnio  
No Yes Insomnia

No  Sí Ansiedad  
No Yes Anxiety

No  Sí Depresión  
No Yes Depression

No  Sí Pérdida de memoria  
No Yes Memory loss

No  Sí Pensamientos suicidas  
No Yes Suicidal thoughts

**Nutrición**  
**Nutrition**

No  Sí Dieta especial  
No Yes Special diet

No  Sí Pérdida de peso  
No Yes Weight loss

No  Sí Aumento de peso  
No Yes Weight gain

No  Sí Cambio en el apetito  
No Yes Change in appetite

**Respiratorios**  
**Respiratory**

No  Sí Tos  
No Yes Cough

No  Sí Dificultad para respirar  
No Yes Shortness of Breath

No  Sí Sibilancias  
No Yes Wheezing

**Endocrinos**  
**Endocrine**

No  Sí Micción excesiva  
No Yes Excessive urination

No  Sí Sed excesiva  
No Yes Excessive thirst

No  Sí Fatiga  
No Yes Fatigue

No  Sí Intolerancia al calor o al frío  
No Yes Heat or cold intolerance

¿Hay alguien en su vida que le daña física o emocionalmente?  No  Sí  
Is there someone in your life who is physically or emotionally harming you? No Yes

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_