

**CUESTIONARIO SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE
PATIENT HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE**



La siguiente información es muy importante para su plan de atención. Tómese el tiempo necesario para completar totalmente esta información importante. Contamos con usted. Complete todas las secciones. Deje espacios sin llenar.

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 DE LA CITA:** _____
NAME: _____ **DATE OF BIRTH:** _____ **AGE:** _____ **APPT DATE:** _____

SEXO: M F O Diestro Surdo
Sex: Right hand dominant Left hand dominant

Idioma Preferido: _____ **Idioma Preferido para el Cuidado de la Salud:** _____
Preferred Language: _____ **Preferred Language for Healthcare Decisions:** _____
ESTADO CIVIL: Soltero Casado Compañero/Compañera Separado Viudo Divorciado
MARITAL STATUS: Single Married Partner Separated Widowed Divorced

OCUPACIÓN: _____
OCCUPATION: _____

MÉDICO DE CABECERA: _____ **MÉDICO SOLICITANTE:** _____
FAMILY DOCTOR: _____ **REQUESTING DOCTOR:** _____

OTROS MÉDICOS TRATANTES: _____
OTHER TREATING PHYSICIANS: _____

**SU HISTORIA CLÍNICA – Por favor, marque todas las líneas
YOUR MEDICAL HISTORY – Please mark every line**

Dispositivos asistenciales:							
	SÍ	NO	Comentarios	SÍ	NO	Comentarios	
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Acidez estomacal/Reflujo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anemia				Heartburn/Reflux			
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hepatitis/Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anxiety				Hepatitis/Liver Disease			
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma				High Blood Pressure			
Trastorno de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Back Disorder				High Cholesterol			
Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blood Clots				Kidney Disease			
Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bleeding Disorder				Lung Disease			
Suplementario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				
Oxígeno							
Supplemental Oxygen							

Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blood in Urine				Psychiatric Disease			
Cáncer (Lugar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Infección grave/EDRM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cancer (Location)				Serious Infection/MRSA			
Cambio hábitos intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Neuropatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Change Bowel Habits				Neuropathy			
Colitis/Colon irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Colitis/Irritable Bowel				Osteoporosis			
Dolor/Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Chest Pain/Angina				Prostate Problems			
Tos con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hemorragia rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Coughing Blood				Rectal Bleeding			
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Disnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Depression				Shortness of Breath			
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes				Sleep Apnea			
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Emphysema				Stroke			
Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Inflamación o dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsy/Seizures				Swollen or Painful Joints			
Enfermedad de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gallbladder Disease				Thyroid Disease			
Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad/Stents vasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gout				Vascular Disease/Stents			
Desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad venérea/ETS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fainting				Venereal Disease/STD			
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heart Murmur				HIV/AIDS			
Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heart Attack				Rheumatoid Disease			
Insuficiencia cardíaca/ICC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Heridas que no cicatrizan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heart Failure/CHF				Wounds Not Healing			
Arritmia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Susceptibilidad a moretones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Irregular Heart Rate				Easy Bruising			
Marcapasos/Desfibrilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pacemaker/Defibrillator				Ulcers			

Otros: _____

Other: _____

NOMBRE: _____

NAME:

ALERGIAS A DROGAS o REACCIONES ADVERSAS: NO SÍ

DRUG ALLERGIES or ADVERSE REACTIONS:

Alergia	Reacción	Alergia	Reacción
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

SI ES ALÉRGICO A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES, MÁRQUELO CON UN CÍRCULO:
IF YOU ARE ALLERGIC TO ANY OF THE FOLLOWING, PLEASE CIRCLE:

MARISCOS SHELLFISH	CONTRASTE RADIOPACO X-RAY DYE	CARNE DE AVE POULTRY	LÁTEX* LATEX	NÍQUEL NICKEL
YODO IODINE	HUEVOS EGGS	PLUMAS FEATHERS	METAL METAL	

Si es alérgico, ¿cuál fue su reacción? _____
If allergic, what was your reaction? _____

MENCIONE TODOS LOS MEDICAMENTOS Y COMPLEMENTOS. Por favor, incluya la dosis: NINGÚN medicamento
LIST ALL MEDICATIONS AND SUPPLEMENTS. Please include dosage: No Medications

¿Toma anticoagulantes? NO SÍ
Do you take blood thinners?

MEDICAMENTOS CON RECETA:

MEDICAMENTO	DOSIS	INSTRUCCIONES/SIG	MOTIVO/INDICACIÓN
PRESCRIPTION MEDICATIONS:	DOSE	DIRECTIONS/SIG	REASON/INDICATION
MEDICATION	DOSE	DIRECTIONS/SIG	REASON/INDICATION
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE: _____
OVER THE COUNTER MEDICATIONS: _____

VITAMINAS O COMPLEMENTOS: _____
VITAMINS OR SUPPLEMENTS: _____

SU HISTORIA CLÍNICA (Continuación) – Por favor, marque todas las áreas
YOUR MEDICAL HISTORY Continued – Please mark every area

Año Hospital

HOSPITALIZACIONES: No Sí (Explique por favor)
 HOSPITALIZATIONS: (Please explain)

Year

Hospital

CIRUGÍA (TIPO): No Sí (Explique por favor)
 SURGERY (TYPE) (Please explain)

ANTECEDENTES FAMILIARES – Por favor, marque todas las áreas
FAMILY HISTORY – Please mark every area

Tiene antecedentes <u>FAMILIARES</u> de: Do you have a <u>FAMILY</u> history of:	SÍ	No	Comentarios Comments
Cáncer (Lugar _____) Cancer (Location)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad cardíaca Heart Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Presión arterial alta High Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Accidente cerebrovascular Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de tiroides Thyroid Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hipertermia maligna Malignant Hyperthermia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otras enfermedades Other Diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Coágulos de sangre/Hemopatías (Factor V), etc. Blood Clots/Blood Diseases (Factor V), etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

NOMBRE: _____
 NAME: _____

**ANTECEDENTES SOCIALES – Por favor, marque todas las áreas
SOCIAL HISTORY – Please mark every area**

SUS HÁBITOS PERSONALES: Usted...	SÍ	NO	Si la respuesta es SÍ, explique:
YOUR PERSONAL HABITS: Do you...			If YES, please explain:
¿Fuma? / ¿Consume algún producto del tabaco? Si alguna vez lo hizo, ¿cuándo lo abandonó? Smoke? / Use any tobacco products? If ever, when did you stop?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuánto? _____ _____
			How much? _____ _____
¿Consume alcohol? ¿En alguna época consumió alcohol en exceso? Use alcohol? Were you ever a heavy drinker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuánto? _____ _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	How much? _____ _____
¿Consume drogas ilegales? Use illegal drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**REVISIÓN DE SISTEMAS – Por favor, marque todas las áreas
REVIEW OF SYSTEMS – Please mark every area**

**¿Recientemente se ha sentido molesto por alguno de los siguientes síntomas?
Have you recently been troubled with any of the following symptoms?**

General		Skin		Hematologic	
General		Piel		Hematológico	
Fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Itching	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Easy bruising	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Fiebre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Picazón	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Propensión a los hematomas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Sweats	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Rash	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Easy bleeding	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Sudoración	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Erupción	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Propensión a las hemorragias	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
		Slow healing wounds	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Hard to stop bleeding	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
		Heridas de cicatrizació	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Problemas para detener hemo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Eyes		Neurologic		Allergy	
Ojos		Neurológico		Alergia	
Blurred Vision	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Numbness	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Hives	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Visión borrosa	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Entumecimiento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Urticaria	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Changing Vision	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Tingling	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Seasonal symptoms	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Visión cambiante	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Hormigueo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Síntomas estacionales	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Double Vision	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Headaches	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Sneezing	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Visión doble	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Jaquecas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Estornudos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Wear glasses	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Weakness	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Nasal congestion	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Usa anteojos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Debilidad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Congestión nasal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Wear contacts	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				
Usa lentes de contacto	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Cardiovascular		Mental Health		Nutrition	
Cardiovascular		Salud mental		Nutrición	
Chest pain	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Insomnia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Special diet	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Insomnio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Dieta especial	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Chest pressure	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Anxiety	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Weight loss	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Presión en el pecho	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Ansiedad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Ankle swelling	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Depression	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Weight gain	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

Hinchazón de los tobillos No Sí
Irregular heartbeat No Yes
Ritmo cardíaco irregular No Sí

Depresión No Sí
Suicidal thoughts No Yes
Pensamientos suicidas No Sí
Memory loss No Yes
Pérdida de memoria No Sí

Aumento de peso No Sí
Change in appetite No Yes
Cambios en el apetito No Sí

Respiratory
Respiratorio

Cough No Yes
Tos No Sí
Shortness of Breath No Yes
Falta de aire No Sí
Wheezing No Yes
Sibilancia No Sí

Endocrine
Endócrino

Excessive urination No Yes
Micción excesiva No Sí
Excessive thirst No Yes
Sed excesiva No Sí
Fatigue No Yes
Fatiga No Sí
Heat or cold tolerance No Yes
Tolerancia al calor o al No Sí

A mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera y correcta.
The above information is true and correct to the best of my belief.

Firma del paciente (padre / tutor legal de un paciente menor de edad)/Fecha
Patient Signature (Parent or Guardian for Minor)/Date

Firma del médico/Fecha
Physician Signature/Date

INICIALES DEL ASISTENTE CLÍNICO/REVISOR: _____
CLINICAL ASSISTANT/REVIEWER INITIALS: