

FORMULARIO DE ANTECEDENTES DE LA SALUD

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ FECHA _____

Usted tiene programada hoy una “visita de atención preventiva”. El objetivo de esta visita es hablar sobre las maneras en que puede mantenerse saludable. La factura para la evaluación y el tratamiento de problemas médicos se debe enviar a su seguro por separado como una “visita por enfermedad”. Es posible que su seguro no cubra una visita por enfermedad si se tratan problemas médicos el mismo día de su visita de atención preventiva. Si su seguro no cubre la visita por enfermedad, entonces usted será responsable de pagar por esa visita. **Si tiene una nueva situación de salud preocupante o uno de los síntomas indicados a continuación, dígaselo a su médico para que ambos puedan decidir qué es importante tratar en su visita.**

Desde su última visita:

1. ¿Usa nuevos medicamentos, tiene nuevas enfermedades graves, se ha hecho cirugías o se ha hospitalizado? SÍ NO
2. ¿Le han diagnosticado a un miembro de su familia inmediata un problema grave de salud? SÍ NO
(Enfermedad del corazón; cáncer del colon, del seno o de la próstata; diabetes; glaucoma, etc.)
3. ¿Ha cambiado su situación de vida SÍ NO
(Matrimonio/divorcio, hijos, mudanza, cambio de empleo)?

Último examen dental: _____ Último examen de la vista: _____

Frecuencia/cantidad de consumo de alcohol: _____ Frecuencia/cantidad de consumo de tabaco: _____

Frecuencia/cantidad de consumo de drogas: _____ Frecuencia/cantidad de ejercicio: _____

Revisión de los sistemas orgánicos: Indique si actualmente presenta problemas en las áreas señaladas a continuación que interfieren en su vida diaria; si la respuesta es sí, explique:

- Salud en general: ¿Tiene problemas de peso, fiebre, agotamiento? SÍ NO
- Ojos: ¿Tiene problemas con los ojos o con la vista? SÍ NO
- Oídos/ nariz/garganta: ¿Tiene problemas de la audición o con los senos nasales? SÍ NO
- Cardiovascular: ¿Tiene actualmente dolor de pecho, dificultad para respirar o hinchazón en las piernas? SÍ NO
- Respiratorio: ¿Tiene silbidos en el pecho o tos? SÍ NO
- Gastrointestinal: ¿Tiene problemas estomacales o intestinales? SÍ NO
- Genitourinario: ¿Tiene problemas urinarios, de funcionamiento sexual o con la menstruación (mujeres)? SÍ NO
- Musculoesquelético: ¿Tiene algún problema muscular o con las articulaciones? SÍ NO
- Integumentario (piel): ¿Tiene algún problema en la piel o los senos? SÍ NO
- Neurológico: ¿Padece de dolor de cabeza, adormecimiento en el cuerpo o sensación de hormigueo? SÍ NO
- Psiquiátrico: ¿Tiene algún problema con su estado de ánimo o con el sueño? SÍ NO
- En las últimas dos semanas, ¿ha tenido poco interés o poco placer para hacer las cosas? SÍ NO
- En las últimas dos semanas, ¿se ha sentido decaído, deprimido o impotente? SÍ NO
- Endocrino: ¿Tiene más sed o hambre que lo habitual? SÍ NO
- Hematológico/Linfático: ¿Tiene sangrado anormal o glándulas inflamadas? SÍ NO
- ¿Ha preparado instrucciones anticipadas para la atención médica o un poder legal para la atención médica? SÍ NO

Firma del paciente _____ Fecha _____ Revisado por: _____ Fecha: _____