

# CANCER INSTITUTE OF DALLAS

## PACIENTE NUEVO- CUESTIONARIO DE SALUD

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Doctor que lo referio?: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Cual es su razon principal de ver al doctor? \_\_\_\_\_

Duracion de este problema? \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ anos

### REVISION DE SISTEMAS

#### SINTOMAS GENERALES

Se siente debil o cansado?		<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	
Ha perdido su apetito?	Si, cuanto tiempo?		<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Ha perdido peso?	Si, cuanto peso?		<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Su perdida de peso fue intencional?			<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Tiene fiebre seguido?			<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Tiene hinchazon en algunas partes?			<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
	Si, donde?					
Se le hinchan sus pies o tobillos?			<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No

#### CABEZA, OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA

Tiene dolores de cabeza?		<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	
Tiene usted "problema de seno"?			<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Ha roncado ultimamente?			<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Tiene problema con la vision?			<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Tiene problema para oir?			<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No

#### PECHO

Tiene tos?		<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	
Ha tosido alguna vez sangre?			<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Le cuesta respirar?			<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Le duele el pecho?			<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No

#### SISTEMA DIGESTIVO

Tiene problemas cuando come?		<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	
Vomita alguna vez?	Si, cada cuando?		<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Tiene dolor en su abdomen?			<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Se estrine a menudo?			<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Toma laxantes o enemas a menudo?			<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Tiene diarrea?			<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Pasa alguna vez sangre del recto?			<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Tiene alguna vez negro o se aueda "taburetes"?			<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Ha tenido alguna vez sigmoidoscopy flexible o un colonoscopy?			<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
	Si, cuando?					

#### GENITO / URINARIO

Tiene problema para orina?		<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	
Le arde o deule al orinar?			<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Ha tenido recientemente una infeccion, sangre o pus, en su orina?			<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Para hombres con mas de 50 anos, ha tenido un examen de prostata?			<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No

# CANCER INSTITUTE OF DALLAS

## PACIENTE NUEVO- CUESTIONARIO DE SALUD

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### HUESOS, UNIONES, MUSCULOS

Tiene dolor de espalda? \_\_\_\_\_  Si  No  
 Tiene el dolor conjunto? \_\_\_\_\_  Si  No

### SISTEMA NERVIOSO

Tiene debilidad en sus brazos o piernas? \_\_\_\_\_  Si  No  
 Tiene las manos o los pies entumecidos? \_\_\_\_\_  Si  No

### HISTORIA MENSTRUAL (para mujeres)

Cuántas veces ha estado embarazada usted? \_\_\_\_\_  
 Ha tenido alguna vez usted un aborto espontaneo? \_\_\_\_\_  Si  No  
 Cuando era su periodo menstrual? \_\_\_\_\_ Anos \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Indel  
 Sus periodos menstruales son irregulares? \_\_\_\_\_  Si  No  
 Menstrua demasiado? \_\_\_\_\_  Si  No  
 Si usted ha dejado de menstruar, a que edad? \_\_\_\_\_ edad  
 Tiene algun sintoma menopausico? \_\_\_\_\_  Si  No

Esta en pildoras anticonceptivas o terapia de reemplazo hormonal? \_\_\_\_\_  Si  No  
 Ha tenido un examen baginal y la mancha "de PAPILLA" en el ano pasado? \_\_\_\_\_  Si  No  
 Ha tenido alguna vez usted un rayo X de pecho? (Mammogram) \_\_\_\_\_  Si  No

### HISTORIA PASADA

Lista de operaciones, si algunos	Fecha		
1. _____	_____		
2. _____	_____		
3. _____	_____		
4. _____	_____		

Ha tenido alguna transfusion de sangre anterior? \_\_\_\_\_  Si  No

### Usted tiene o a tenido alguno de las condiciones siguientes?

Problema bronquial o pulmonar?	describa _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tumor, crecimiento o cancer?	describa _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad cardiaca?	describa _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Hipertension	describa _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	describa _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Problema de rinon / vejiga?	describa _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ataque cardiaco o convulsiones?	describa _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Problema de Vesicular biliar?	describa _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ulcera?	describa _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Problema de prostata?	describa _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Otros- describa	describa _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Otros - describa	describa _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Otros- describa	describa _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Otros- describa	describa _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

# CANCER INSTITUTE OF DALLAS

## PACIENTE NUEVO- CUESTIONARIO DE SALUD

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE FAMILIA

- Su padre vive? No, a que edad fallecio? Causa? \_\_\_\_\_  Si  No  
 Si vive, que edad tiene? \_\_\_\_\_ Estado de salud? \_\_\_\_\_
- Su madre vive? No, a que edad fallecio? Causa? \_\_\_\_\_  Si  No  
 Si vive, que edad tiene? \_\_\_\_\_ Estado de salud? \_\_\_\_\_
- Tiene hermanos? Como estan de salud en general? \_\_\_\_\_  Si  No  
 Causa de fallecimiento, si no viven? \_\_\_\_\_
- Tiene hermanas? Como estan de salud en general? \_\_\_\_\_  Si  No  
 Cause de fallecimiento, si no viven? \_\_\_\_\_
- Esta casado?  Si  No
- Tiene hijos? Como estan de salud en general? \_\_\_\_\_  Si  No  
 Que edad tienen? \_\_\_\_\_
- Todos sus hijos viven? Si, no a que edad fallecieron y por que razon?

Usted tiene historial de cancer en su familia? Describa \_\_\_\_\_

### Historia Personal

- Usted fuma o a fumado? \_\_\_\_\_  Si  No  
 Cuantos diarios? Cigarros? \_\_\_\_\_ Puros? \_\_\_\_\_ Pipa? \_\_\_\_\_
- Toma café? Si, cuantas tazas diarias? \_\_\_\_\_  Si  No  
 Toma cerveza, vino, o licor? \_\_\_\_\_  Si  No
- Cuantas bebidas: \_\_\_\_\_ Por Dia \_\_\_\_\_ En una semana
- Usted tiene problemas de alcoholismo? \_\_\_\_\_  Si  No
- Usted a usado drogas o consume drogas ahora? \_\_\_\_\_  Si  No
- Usted se expone a quimicos en su trabajo? \_\_\_\_\_  Si  No
- Que clase de trabajo hace? \_\_\_\_\_

### Auto-Evaluacion de Fatiga

Como califica su fatiga en una escala de 1-10 en los ultimos 7 dias? \_\_\_\_\_

**1= Nada de fatiga con su rutina normal**

**10= Demasiado fatigado, con dificultad de salir de la cama**

# CANCER INSTITUTE OF DALLAS

## PACIENTE NUEVO- CUESTIONARIO DE SALUD

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### MEDICACIONES Y ALERGIAS

Toma alguna medicina? \_\_\_\_\_

Si

No

Lista	Dosis	Frecuencia	Razon de tomarla

Toma algunos productos naturales /hebario, medicatciones sin receta medica, o vitaminas? \_\_\_\_\_

Si

No

Lista	Dosis	Frecuencia	Rason de tomarla

Hay alguna medicacion o medicinas a las cuales usted es alergico, o tiene mal efectos? \_\_\_\_\_

Si

No

Lista	Reaccion

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si alguien mas que no sea el paciente lleno esta forma, porfavor de dar su nombre y relacion

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

**Por favor de no escribir de bajo de la linea-- PARA USO DE DALLAS ONCOLOGY**

History information reviewed during visit by Dr. \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_

Physician printed name

Date

\_\_\_\_\_  
Physician signature

**CANCER INSTITUTE OF DALLAS  
PACIENTE NUEVO- CUESTIONARIO DE SALUD**

**CANCER INSTITUTE OF DALLAS  
PACIENTE NUEVO- CUESTIONARIO DE SALUD**

rtiminado

**CANCER INSTITUTE OF DALLAS  
PACIENTE NUEVO- CUESTIONARIO DE SALUD**

**CANCER INSTITUTE OF DALLAS  
PACIENTE NUEVO- CUESTIONARIO DE SALUD**