

**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. No 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:** _____

Altura: _____ **Peso:** _____ **SEXO:** M F Diestro
Height: _____ **Weight:** _____ **Sex:** Right hand dominant
 Surdo
 Left hand dominant

ESTADO CIVIL: Soltero Casado Viudo Divorciado
MARITAL STATUS: Single Married 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**

**¿PADECE AHORA O HA PADECIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?
DO YOU HAVE NOW OR HAVE YOU EVER HAD ANY OF THE FOLLOWING?**

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

Otros: _____
Other

NOMBRE: _____
NAME: _____

ALERGIAS A DROGAS o REACCIONES ADVERSAS: NO SÍ – Menciónelas: _____
DRUG ALLERGIES or ADVERSE REACTIONS: Please list: _____

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: _____
PRESCRIPTION MEDICATIONS: _____

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 Year	Hospital Hospital
HOSPITALIZACIONES: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Explique por favor)		
HOSPITALIZATIONS: (Please explain)		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

CIRUGÍA (TIPO): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Explique por favor)		
SURGERY (TYPE) (Please explain)		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

NOMBRE: _____
 NAME: _____

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

Tiene antecedentes FAMILIARES de: Do you have a FAMILY 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"/>	_____

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

SUS HÁBITOS PERSONALES: Usted... YOUR PERSONAL HABITS: Do you...	Sí	NO	Si la respuesta es Sí, explique: 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? _____ 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?

	SÍ	NO		SÍ	NO
Visión doble/borrosa Double/Blurred Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indigestión Indigestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ronquera Hoarseness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia Jaundice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia nasal Nosebleeds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómito con sangre Vomited Blood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmia cardíaca Irregular Heartbeat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disminución de la orina Decreased Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor/Presión en el pecho Chest Pain/Pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pus en la orina Pus in Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos Cough	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor al orinar Pain while Urinating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareo Dizziness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en la espalda Back Pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflamación de los pies* Swelling of Feet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en las articulaciones Joint Pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disnea* Shortness of Breath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de piernas Leg Pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad Anxiety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parálisis Paralysis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiración sibilante Wheezing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heces negras o alquitranadas Black or Tarry Stools	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal Abdominal Pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayo Fainting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangre en las deposiciones Blood in Stools	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefaleas Headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio en los movimientos intestinales Change in BMs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión/Preocupación Depression/Worry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estreñimiento Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para tragar Difficulty Swallowing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea Diarrhea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**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:**