

Agencia de Salud y Servicios Humanos del Condado de Yolo

CUESTIONARIO MÉDICO PARA ADULTOS

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del cliente: | N.º de expediente médico del cliente: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Se atiende con un médico de atención primaria? Sí No | | |
| Nombre del médico y de la clínica | | |
| Dirección del médico/clínica | | Teléfono: |
| Fecha de la última cita: | Motivo de la cita: | |

Si tiene o tuvo alguna vez estas condiciones, indíquelo abajo:

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

□Sí □No

1. Enfermedad aterosclerótica  
   (endurecimiento y estrechamiento de arterias)
2. Enfermedad del corazón
3. Accidente cerebrovascular
4. Hipercolesterolemia (colesterol alto)
5. Hiperlipidemia (recuento alto de grasas en la sangre)
6. Hipertensión (presión alta)
7. Trastornos digestivos   
   (Reflujo, síndrome del intestino irritable)
8. Úlceras
9. Cirrosis del hígado (enfermedad del hígado)
10. Hepatitis (enfermedad del hígado)
11. Diabetes
12. Anomalías congénitas
13. Fibrosis quística
14. Psoriasis (condición de la piel)
15. Hipertiroidismo (tiroides hiperactiva)
16. Hipotiroidismo (tiroides hipoactiva)
17. Obesidad (mucho sobrepeso)
18. Infertilidad (incapacidad de concebir)
19. Anemia (glóbulos rojos bajos)
20. Asma (sibilancia, dificultad para respirar)
21. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)/  
    enfisema (enfermedad crónica de los pulmones)
22. Alergias
23. Artritis (articulaciones rígidas y dolorosas)
24. Síndrome del túnel carpiano
25. Osteoporosis (pérdida ósea)
26. Cáncer
27. Ceguera/Deficiencia visual
28. Sordera/Deficiencia auditiva
29. Tinnitus (zumbido en los oídos)
30. Infecciones de oídos
31. Epilepsia/Convulsiones
32. Migrañas (dolores de cabeza fuertes)
33. Dolor crónico
34. Esclerosis múltiple (enfermedad de los nervios)
35. Distrofia muscular (enfermedad hereditaria   
    de los músculos)
36. Enfermedad de Parkinson   
    (enfermedad nerviosa progresiva)
37. Discapacidad física
38. Enfermedad de transmisión sexual (STD)
39. Otra. Explique abajo.  
    Incluidas lesiones en la cabeza.

Si marcó “**SÍ”** en alguno de los elementos de la página anterior, complete la tabla de abajo. *Escriba más información en una hoja de papel por separado.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Número:** | **Fecha de inicio:** | **Describa la condición médica, las hospitalizaciones médicas o cirugías:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Medicamentos recetados por proveedores externos (Incluidas las medicinas complementarias y alternativas)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la farmacia | |
| Dirección de la farmacia | Teléfono( ) - |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Está el cliente tomando algún medicamento?  Sí  No | | | | | |
| Marque aquí si se adjunta la lista de medicamentos de la farmacia.  Sí  No | | | | | |
| **Medicamentos** | **Veces por día/ Concentración (mg)** | | **Eficacia de los medicamentos** | **Recetados por** | **Fecha** |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |

## Medicamentos sin receta (marque los que use):

🞎 Analgésicos internos (Aspirina, Tylenol)

🞎 Remedios para la diarrea   
 (Donnagel, Kaopectate, Pepto-Bismol)

🞎 Antiácidos (Maalox, Mylanta)

🞎 Laxantes (Colace, Correctol, Ex-Lax)

🞎 Remedios para el resfriado y las alergias   
 (Afrin, Contact, Dristan, Sinutab)

## 🞎 Ninguno

🞎 Pastillas para dormir

🞎 Vitaminas/Minerales

🞎 Suplementos nutricionales

🞎 Remedios herbales

🞎 Otro:

## Alergias a medicamentos: *(Se requiere una respuesta)*

No se conocen alergias a medicamentos Escriba sus iniciales aquí

Alergias a medicamentos (escriba/especifique el tipo de reacción): para completar:

## Salud de la mujer:

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha del último período menstrual: | Posmenopáusica: Sí No |
| Fecha del último examen pélvico: | Fecha de la última mamografía: |
| Método anticonceptivo: Sí No Tipo: | |
| Historia de embarazos/nacimientos (fechas/cantidad de embarazos/nacimientos): | |
| Ligadura de trompas:  Sí  No Fecha: | |
| Histerectomía:  Sí  No Fecha: | |
| Para mujeres mayores de 50 años, fecha de la última colonoscopía: | |

**Salud del hombre (mayores de 50 años):**

Fecha de la última colonoscopía:

Fecha de la última prueba de detección de cáncer de próstata:

## Dental:

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Tiene algún problema dental?  Sí  No Si la respuesta es “Sí”, especifique: | |
| Fecha de la última consulta: | |
| Nombre del dentista: | Teléfono: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Consumo de cafeína: | Ninguno | Sí Cuánto por día: |
| Consumo de tabaco: | Ninguno | Sí Cuánto por día: |
| ¿Está interesado en un programa para dejar de fumar?  Sí  No | | |

**Consumo de sustancias:**

|  |
| --- |
| No consumo  Consumo  Consumía |

Firma del cliente Fecha

Firma del personal Fecha