

Pelosi Medical Center

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE

Sírvase contestar todas las preguntas y llenar los espacios en blanco donde se indica. Todas las respuestas a las preguntas se usarán únicamente para nuestro registro de su ficha médica y se considerarán confidenciales.

1. ¿Ha comido o bebido algo hoy día? SI NO
2. ¿Está usted en buen estado de salud? SI NO
3. Mi último examen médico fue en _____.
4. ¿Está usted bajo el cuidado de un médico? SI NO
Si es así, ¿cuál es la condición tratada? _____.
5. El nombre y la dirección de mi médico son: _____.
6. ¿Ha tenido alguna enfermedad seria u operación? SI NO
Si es así, sírvase enumerarlas _____.
7. ¿Ha sido hospitalizado o ha tenido una enfermedad seria en los últimos cinco (5) años? SI NO
8. ¿Toma bebidas alcohólicas? NUNCA SOCIALMENTE A VECES SIEMPRE
9. ¿Tiene usted o ha tenido, alguno de los siguientes problemas o enfermedades?
 - Fiebre reumática o enfermedad reumática del corazón SI NO
 - Lesiones congénitas del corazón SI NO
 - Enfermedades cardiovasculares (problemas del corazón, ataque cardíaco, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, presión alta, arteriosclerosis, derrame cerebral) SI NO
 - Dolor en el pecho a causa de esfuerzo físico SI NO
 - ¿Le falta aire cuando se recuesta o requiere almohadas extra para dormir? SI NO
 - ¿Se le hinchan los tobillos? SI NO
 - ¿Siente que le falta aire luego de una moderada cantidad de ejercicio? SI NO
 - Alergias SI NO
 - Asma o fiebre de heno SI NO
 - Urticaria o sarpullido SI NO
 - Desmayos o convulsiones SI NO
 - Diabetes SI NO
 - ¿Orina más de seis (6) veces al día? SI NO
 - ¿Está usted sediento la mayor parte del día? SI NO
 - ¿Se le seca la boca frecuentemente durante el día? SI NO
 - Hepatitis SI NO
 - Artritis SI NO
 - Reumatismo inflamatorio (articulaciones hinchadas y dolorosas) SI NO
 - Ulceras estomacales SI NO
 - Problemas del riñón SI NO
 - Tuberculosis SI NO
 - ¿Sufre de tos persistente o escupe sangre al toser en cualquier momento? SI NO
 - Presión baja SI NO
 - Enfermedades venéreas SI NO
 - Otros _____
10. ¿Ha tenido sangrado anormal asociado a alguna extracción previa, cirugía o traumatismo? SI NO
 - ¿Le salen moretones fácilmente? SI NO
 - ¿Alguna vez a requerido una transfusión sanguínea por una condición médica? SI NO
 - Si es así, sírvase explicar las circunstancias _____.
11. ¿Tiene alguna enfermedad de la sangre (anemia, etc)? SI NO
12. ¿Ha tenido cirugía o tratamiento de rayos-X debido a tumores, crecimiento u otra condición en la boca o labios? SI NO
13. ¿Está tomando algún fármaco o medicamento con prescripción médica o sin ella? SI NO
Si es así, sírvase enumerarlos _____.
14. ¿Está tomando alguno de los siguientes? _____.

- Antibióticos SI NO
- Anticoagulantes (diluyente de sangre) SI NO
- Medicina para la presión alta..... SI NO
- Cortisona (esteroides) SI NO
- Tranquilizantes SI NO
- Aspirina..... SI NO
- Insulina, tolbutamida (Orinase) o drogas similares SI NO
- Digitalis, drogas para problemas del corazón SI NO
- Nitroglicerina..... SI NO
- Otros _____

15. ¿ Es alérgico o ha reaccionado negativamente ante alguno de los siguientes?

- Anestesia loca SI NO
- Penicilina u otros antibióticos SI NO
- Medicamentos Sulfa SI NO
- Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir SI NO
- Aspirina..... SI NO
- Yodo SI NO
- Otros _____

16. ¿Tiene algún otro problema o condición que NO esté en la lista y que crea que el doctor y el consultorio deberían saber? SI NO

Si es así, sírvase explicar cual:

17. ¿Está embarazada?..... SI NO

HE LLENADO ESTE CUESTIONARIO PERSONALMENTE Y HE NOTIFICADO AL CONSULTORIO SOBRE TODOS MIS PROBLEMAS MÉDICOS.

Firma del paciente _____ Fecha: ____/____/____

HE SIDO INFORMADO SOBRE **TODOS** LOS RIESGOS QUE IMPLICA LA CIRUGÍA Y LA ANESTESIA. ME HARÉ ACOMPAÑAR DE UNA PERSONA QUE ME LLEVE A CASA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA.

Firma del paciente _____ Fecha: ____/____/____