

Admisión/Historial Médico

Nombre: _____ **Edad:** ____ **Fecha de nacimiento (m/d/yyyy):** _____

Bienvenido a nuestra oficina. Este cuestionario está destinado a ayudar a su médico a comprender mejor sus necesidades. Si hay alguna pregunta que no entienda, por favor háblelo con nosotros.

Nombre del médico que lo refirió aquí: _____

Nombre del médico de cabecera: _____

Motivo de su visita: _____

Enfermedades médicas (por favor verifique)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Infarto | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Problema de colon | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Fiebre del valle | <input type="checkbox"/> Acedía/reflujo | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> Úlcera | <input type="checkbox"/> Coágulo de sangre en
piernas o pulmones |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis pulmonar | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Epilepsia/incautación |
| <input type="checkbox"/> Infección sinusal | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |

Other: _____

Cirugías: _____

Alergias a los medicamentos: _____

Medicamentos (incluidos los medicamentos recetados y de venta libre)

Nombre	Dosificación	Cuántas veces al día

Vacunas

Fecha de la última vacuna contra la influenza: _____ Fecha de la última vacuna contra la neumonía: _____

Fecha del último PPD: _____ Positivo o negativo (elegir de la lista): _

Historia familiar

	Problemas médicos	Edad al morir	Causa de muerte
Padre			



Madre			
Hermano(s)			
Hermana(s)			
Niño(s)			

¿Cualquier otro pariente consanguíneo con problemas pulmonares? _____

Historia personal

Lugar de nacimiento: _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Servicio militar: Sí No En caso afirmación, ¿dónde? _____

Ocupación: _____

Nivel más alto de la escuela completada: _____

Expuesto a: Humo Polvo Productos químicos Moho Asbesto

Mascotas en casa, incluidas las aves: _____

Fumar: Nunca fumó

Si fumaste o fumaste, cuántos años: _____

¿Cuándo lo dejaste? _____

Cigarrillos ¿Cuántos paquetes por día? _____

Cigarros ¿Cuántos por día? _____

Pipa

¿Qué tratamientos ha intentado para dejar de fumar? _____

Alcohol: ¿Bebe alcohol? Sí No

Tipo: _____

Onzas por día/semana: _____

Drogas: ¿Ha usado alguna droga? Sí No

Tipo: _____

¿Cuándo lo dejaste? _____



Revisión de sistemas (por favor verifique)

General

- Fiebre
- Escalofríos
- Sudores por la noche
- Fatiga

Dormir

- Dificultad para conciliar el sueño
- Dificultad para permanecer dormido
- Ronquido
- Somnolencia diurna excesiva
- Apnea del sueño
- Apneas presenciadas

Neurológico

- Cefaleas
- Convulsiones
- Debilidad
- Entumecimiento
- Depresión

Piel

- Sarpullido
- Picazón
- Pérdida de cabello

Ojos

- Cambio en la visión
- Dolor en los ojos
- Cataratas
- Glaucoma

Orejas/Nariz/Boca

- Dificultades auditivas
- Nariz que moquea
- Problemas sinusales
- Pólipos en la nariz
- Llagas en la boca
- Problemas dentales
- Ronquera

Hematológico

- Anemia
- Sangrado o moretones con facilidad

Gastrointestinal

- Pérdida de peso recientemente
- Aumento de peso recientemente
- Pérdida de apetito
- Dolor de estómago
- Acedía
- Dificultad para tragar
- Vómito
- Estreñimiento
- Diarrea
- Sangre en el movimiento intestinal
- Ictericia

Pulmonar

- Sibilancia
- Toser
- Flema
- Flema sangrienta
- Voz ronca
- Dificultad para respirar

Cardiaco

- Dolor en el pecho
- Palpitaciones
- Tobillos hinchados
- Despertarse sin aliento
- Desmayo

Genitourinario

- Dolor al orinar
- Micción frecuente
- Sangre en la orina
- Cálculos renales
- Dificultad para comenzar a orinar
- Micción nocturna
- Problema de próstata

Huesos/Articulaciones

- Articulaciones dolorosas o hinchadas
- Calambres musculares
- Artritis
- Gota
- Osteoporosis