

# CUESTIONARIO MEDICO

NUMBER DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

Inicial

Fecha de nacimiento

Por favor circule alrededor de la respuesta más apropiada.

Si usted no sabe la respuesta, por favor escriba "NO SE" después de la pregunta.

## COMENTARIOS

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Se encuentra actualmente bajo tratamiento de un médico?..... SI NO

Desde cuándo? \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Fecha de su último examen médico? \_\_\_\_\_

1. Esta tomando algún tipo de medicamentos? Cual(es)?..... SI NO

(Si su respuesta es "si", escriba el nombre en la sección de comentarios)

2. Está tomando Fosamax o Alendronate? SI NO

3. Es alérgico algún tipo de medicamento? Cual(es)? ..... SI NO

4. Tiene algún tipo de alergias? ..... SI NO

5. Tiene problema con la penicilina, antibióticos, anestésicos locales, o algún otro medicamento? ..... SI NO

6. Tiene reacción alérgica a algún metal o guantes latex?..... SI NO

7. Esta embarazada o piensa que lo puede estar? ..... SI NO

8. Esta usando algún método anti-conceptivo? ..... SI NO

9. Le han tratado o dicho que puede tener alguna enfermedad del corazón?.... SI NO

10. Tiene un **marcapasos cardiaco o válvulas artificiales** en el corazón?..... SI NO

11. Ha tenido **fiebre reumático**? ..... SI NO

12. Tiene o ha tenido un **soplo** en el corazón?..... SI NO

13. Tiene alta o baja de presión? ..... SI NO

14. Ha tenido alguna enfermedad o cirugía grave?..... SI NO

15. Ha tenido radiografías o quimioterapia para tratar un tumor canceroso u otra condiciones? ..... SI NO

16. Tiene enfermedad inflamatoria como artritis o inflamación reumática?.... SI NO

17. Tiene **coyuntura artificiales, prótesis, implantes, placa de hueso o tornillos**? .....SI NO

18. Ha tenido problema de la sangre, como anemia o reumatismo?.....SI NO

19. Ha sangrado excesivamente después de una cortadura o herida? ..... SI NO

20. Ha tenido problema en su estomago? Ulceras?..... SI NO

21. Ha tenido problema en su riñones? ..... SI NO

22. Ha tenido problema del hígado? ... ..... SI NO

23. Es usted **diabético (a)**? ..... SI NO

24. Usted tiene **asma**? ..... SI NO

25. Ha tenido epilepsia, convulsiones, o ataque en el cerebro? ..... SI NO

26. Ha tenido enfermedades venéreas?..... SI NO

27. Le han comprobado que es VIH positivo? ..... SI NO

28. Tiene colesterol alto? ..... SI NO

29. Le han comprobado que es **Hepatitis positivo**? Si la respuesta es afirmativa, que tipo tiene usted?..... SI NO

30. Le han comprobado que tiene usted **tuberculosis**? ..... SI NO

31. Usted fuma cigarrillos o cualquier tipo de tabaco?..... SI NO

32. Usted toma bebidas alcohólicas? ..... SI NO

33. Usted toma diariamente sustancias que son controladas, como la cocaína? SI NO

34. Usted ha visitado un psiquiatra? ..... SI NO

35. Ha tomado usted las siguientes medicinas: fenfluramine, fenfluramine combinado con phentermine (fen-phen), dexfenfluramine (redux), u otro tipo de productos para bajar de peso?..... SI NO

36. Tiene o ha tenido otra enfermedad o problema médico que no le hemos preguntado en este cuestionario?..... SI NO

Si la respuesta es afirmativa, explique \_\_\_\_\_

37. Hay alguna información sobre su salud que debemos de saber pero no Le hemos preguntado en este cuestionario?..... SI NO

38. Prefiere consultar con el(la) Doctor(a) en privado sobre algún problema?... SI NO

Cambio en su Med Hx. \_\_\_\_\_

---

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

Cambio en su Med Hx . \_\_\_\_\_

---

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

Cambio en su Med Hx \_\_\_\_\_

---

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

Cambio en su Med Hx \_\_\_\_\_

---

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

Cambio en su Med Hx \_\_\_\_\_

---

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

Yo certifico que la información declarada en la parte de arriba es completa y precisa

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/ legal guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha