

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA:
---	----------------------	--------

PACIENTE NUEVO Y CUESTIONARIO DE SALUD ANUAL PARA MUJERES

HISTORIAL PERSONAL MEDICO:

- Diabetes SI
- Cancer SI
- Presion Alta SI
- Colesterol Alto SI
- Papanicolaou Abnormal SI
- ETS/ Enfermedades Venereas SI
- Migrañas SI
- Depresion SI
- Problemas de la Tiroide SI
- Osteoporosis SI
- Cuagulos de Sangre SI
- Cirugias SI

Explicar:

Lista de Medicamento Recetado y

Dosis:

Lista de Medicamentos / Vitaminas que no requieren receta medica:

Alergia a medicamentos?: (favor de anotar)

CUANDO FUE SU ULTIMO EXAMEN/VACUNA:

- Papanicolaou: _____
 Normal Abnormal
- Mamograma?
 Normal Abnormal
- Colesterol??
- Vacuna del Tetano?
- Vacuna de la Gripe?
- Vacuna de Neumonia?
- VPH (cancer cervical) vacuna?
- Examen Dental:
- Examen de la Vista:
- Colonoscopia ?
- Examen para densidad de los huesos?

HISTORIAL FAMILIAR:

- Tiene un padre, madre, hermano o hijo con:**
- Cancer del pecho/s? SI
 - Cancer de los Ovarios ? SI
 - Cancer del Colon? SI
 - Otro Cancer? SI
 - Diabetes? SI
 - Presion Alta SI
 - Ataque al Corazon/Derrame SI
 - Osteoporosis? SI

HABITOS/PREVENCIÓN/SEGURIDAD:

- Hace Ejercicio? SI
- Actividad: _____
- Actualmente fuma cigarillos? SI
- Cuantos cigarros por día? _____
- Anteriormente fumaba cigarillos? SI
- Consume Alcohol? SI
- Cuando fue que consumo mas de 4 bebidas en un día: _____
- Alguna vez ha sentido que debe consumir menos alcohol? SI
- Le irrita cuando la gente es persistente sobre su uso de alcohol? SI
- Alguna vez se ha sentido culpable por consumir alcohol? SI
- Ha consumido un trago de alcohol por la mañana para calmar sus nervios? SI
- Ha usado drogas ilegales en los últimos 3 años? SI
- Drogas con heringas? SI
- Ha tenido caídas? SI
- Usa su cinturón? SI
- Tiene detector de humo que funciona en casa? SI
- Tiene armas de fuego? SI
- Tiene conflictos en su relación que consistan de empujar, pegar, o crueldad? SI

SALUD REPRODUCTIVA:

- Fecha de su última menstruación: _____
 - Numero de embarazos: _____
 - # de abortos espontaneo: _____
 - # de abortos: _____
 - # hijos: _____
 - # de parejas sexuales en el último año: _____
 - Que forma de anticonceptivo usa actualmente: _____
 - Que metodo uso en el pasado : _____
 - Edad de Menopausia: _____
 - Ha usado estrogeno? SI
- REVISION DE SU CUERPO:**
- Tiene alguno de los siguientes?**
- Cambio de peso? SI
 - Eczema or Soriasis? SI
 - Lunar nuevo o con cambios? SI
 - Cambios en su vista? SI
 - Problemas de Seno Nasal? SI
 - Problema Auditivo? SI
 - Estornudos/ Escurimento de la nariz? SI
 - Dolores de cabeza con frecuencia ? SI
 - Desmayos? SI
 - Debilidad/ Entumecimiento? SI
 - Dificultad al caminar? SI
 - Dificultad para dormir? SI
 - Se ha sentido triste, deprimido o desesperado en el último mes? SI
 - Siente poco interes o placer en las cosas durante el último mes? SI
 - Historial de cuidado psiquiatrico? SI
 - Asma o Pecho Ruidoso? SI
 - Toz? SI
 - Dificultad al respirar? SI
 - Dolor de pecho? SI

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA:
---	----------------------	--------

Tiene alguno de los siguientes?

- Ritmo acelerado del corazon? SI
- Dolor Abdominal? SI
- Pies/ Manos Inchadas? SI
- Reflujo Gastrico? SI
- Soplo del Corazon? SI
- Estreñimiento? SI
- Diarrea? SI
- Sangre en el escremento? SI
- Ardor/ Dolor al orinar? SI
- Goteo de Orina? SI
- Aumento en el fluido de orina? SI
- Sangrado entre menstruaciones o despues de la menopausia? SI
- Cambios en desecho vaginal? SI
- Dolor durante relaciones? SI
- Resequedad Vaginal? SI
- Calores? SI
- Cambios de humor? SI
- Falta de interes / perdida de Bulto/ Desecho en los pechos? SI
- Dolor/ Inflamacion de las SI
- Se moretea facilmente? SI

Si su cita es para un examen fisico/examen de salud para la mujer:

Durante su fisico anual o consulta preventiva nos enfocamos a mantener su salud estable y prevenir problemas de salud. Usted puede tener problemas o preocupaciones que le gustaria consultar el dia de hoy que no estan relacionados con su examen de salud preventivo. Durante su consulta el dia de hoy es probable que nuevos problemas medicos sean identificados. Si el tiempo lo permite es probable que su doctor pueda consultar sobre problemas adicionales durante esta consulta. Si usted tiene problemas nuevos, complicados, o varias preguntas del cual se requiere una evaluacion adicional, es pobable que el doctor le sujiera que haga otra cita o citas para poder consultar sobre esos problemas. Es posible que se le consulte de estos problemas el dia de hoy, pero el doctor le pueda sugerir que haga otra cita para su examen de salud preventivo.

Lista de problemas adicionales el dia de hoy:

*Se nos requiere anotar codigos de los procedimientos y diagnosis basados en el servicio que usted recibio hoy. Citas en las que se le consulto sobre un examen fisico y problemas medicos, muchas veces cobramos estos servicios por separado. Dependiendo de la covertura con su aseguranza uno o todos los costos de los servicios se le cobraran ha usted. Despues de su consulta nosotros no podemos cambiar los codigos para que su aseguranza pague por servicios que no estan cubiertos.

Gracias Por Completar el Cuestionario Anual.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Provider Review/Notes: