

Damian D. Garcia, M.D.
Family Medicine
3450 W Wheatland Rd Ste 235
Dallas, TX 75237
972-224-1122

Fecha original:

Dia revisado:

HISTORIA PERSONAL DE SALUD

Todas preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y llegarán a ser parte de su historial médico.

Nombre (Apellido,
Primer):

M H

**Fecha de
Nacimiento:**

Estado Civil: Soltero Juntado Casado Separado Divorciado Viudo/a

**Médico anterior
o refiriendo:**

La fecha de último examen físico:

HISTORIA PERSONAL DE SALUD

La enfermedad de la niñez: Sarampión Paperas Rubéola Varicela Fiebre reumática Polio

**Las inmunizaciones y
fecha:**

Tétano

Pulmonía

Hepatitis

Varicela

Influenza

El Sarampión de MMR, Paperas,
la Rubéola

Liste algún problema médico que otros médicos han diagnosticado

Cirugías

Año	Razon	Hospital

Otros hospitalizaciones

Año	Razon	Hospital

¿Jamás ha tenido usted una transfusión de sangre?

Si No

Nombre de paciente

Liste sus drogas prescritas y drogas sin receta, como vitaminas e inhalantes		
Denomine la Droga	Fuerza	Frecuencia Tomada

Alergias a medicinas	
Denomine la Droga	La reacción que usted tuvo
HABITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL	

TODAS PREGUNTAS CONTENIDAS EN ESTE CUESTIONARIO SON OPCIONAL Y SERAN MANTENIDO ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL.					
Ejercicio	<input type="checkbox"/> Sedentario (no ejercicio)				
	<input type="checkbox"/> Ejercicio Templado (es decir, escalera de subida, la caminata 3 bloques, el golf)				
	<input type="checkbox"/> Ejercicio vigoroso Ocasional (es decir, trabaja o la recreación, menos que por 30 min.)				
	<input type="checkbox"/> El ejercicio vigoroso regular (es decir, el trabajo o la recreación durante 30 minutos)				
Dieta	¿Hace dieta usted?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Si sí, está usted en un médico dieta médica prescrita?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿# De comidas usted come en un día medio?				
	Toma salada fétida	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Med	<input type="checkbox"/> Baja	
	Toma gorda fétida	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Med	<input type="checkbox"/> Baja	
Cafeína	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Café	<input type="checkbox"/> Té	<input type="checkbox"/> Cola	
	¿# De tazas/latas por día?				
Alcohol	¿Bebe usted alcohol?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Si sí, lo que clase?				
	¿Cuántas bebidas a la semana?				
	¿Es concernido usted acerca de la cantidad que usted bebe?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Ha considerado usted parar?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Jamás ha experimentado usted apagones?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Es propenso a usted "jarana" bebiendo?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Conduce usted después de beber?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tobaco	Fuma?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Cigarrillos – pqs./día		<input type="checkbox"/> Masca - #/día	<input type="checkbox"/> Pipa - #/día	<input type="checkbox"/> Puros - #/día
	<input type="checkbox"/> # de años	<input type="checkbox"/> O año que dejo			
Drogas	¿Actualmente utiliza usted recreativo o drogas de calle?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Jamás ha dado se usted drogas de calle con una aguja?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Sexo	¿Es usted sexualmente activo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Si sí, trata usted para un embarazo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Si no tratando, liste que anticonceptivo de de embarazo, barrera, o método natural utilizó:		
	¿Cualquier molestia con trato sexual?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	La enfermedad en relacio al Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), como SIDA, ha llegado a ser un problema sanitaria mayor. Arriésguese factores para esta enfermedad incluyen el uso intravenoso de droga y relaciones sexuales sin protección. ¿Querría usted hablar con su proveedor acerca de su riesgo de esta enfermedad?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Seguridad personal	Vive solo(a)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene usted caídas frecuentes?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene usted visión o pérdida auditiva?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene usted una Directiva Anticipada o Voluntad Viva?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Querría usted información en la preparación de éstos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	El abuso físico y/o mental también ha llegado a ser asuntos sanitarias mayores en este país. Esto a menudo toma la forma de amenazar verbalmente conducta o abuso verdadero, físico o sexual. ¿Querría usted discutir este asunto con su proveedor?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

HISTORIA FAMILIAR DE SALUD

	Edad	Problemas significativos de salud	Edad	Problemas significativos de salud
Padre			Niños M F	
Madre				M F
Hermano(a)	M F		M F	
	M F		M F	
	M F		Abuela <i>Materna</i>	
	M F		Abuelo <i>Materno</i>	
	M F		Abuela <i>Paternal</i>	
	M F		Abuelo <i>Paternal</i>	

SALUD MENTA

¿Es el estress un problema grave para usted?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Se siente usted deprimido?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Se asusta usted cuando enfatizado?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted problemas con comer o su apetito?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Llora usted con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Jamás ha intentado suicidarse usted?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Jamás ha pensado gravemente en causarse dano?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted dormir de problema?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Jamás ha visitado usted a un consejero?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Nombre del Paciente _____

MUJERES SOLAMENTE

Edad en que comienzo su menstruación::		
Fecha de su ultima menstruacion:		
El período cada días _____		
¿Períodos pesados, irregularidad, marcar, dolor, o descarga?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Relaciones sexuales dolorosas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
A que edad tuvo su primer relacion sexual: _____ Numero de parejas (pasado y presente): _____		
Numero de embarazos _____ Número de nacimientos vivos _____		
Esta embarazada o dando de mamar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido usted una histerectomía, o los tubos ataron, o la Cesárea?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Algún tracto urinario, la vesícula, o infecciones de riñón dentro del último año?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Cualquier problema con control de micción (horina)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Jamás ha tenido usted una citología que no fue normal?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Cualquier sofoco de calor o sudar de noche?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted la tensión menstrual, el dolor, hinchar, la irritabilidad, u otros síntomas en o alrededor de tiempo del período?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Experimentada ternura reciente del seno, amontona, o descarga de pezón?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿La fecha del ultimo papanicolau, examen pélvico o rectal?		

HOMBRES SOLAMENTE

¿Generalmente se levanta usted orinar durante la noche?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Si si, # de veces _____		
¿Siente usted dolor o ardor con micción (horinar)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Cualquier sangre en su orina?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Siente usted descarga abrasadora del pene?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Ha disminuido la fuerza de su micción (horina)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido usted cualquierinfeccion de riñón, la vesícula, de próstata dentro de los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted problema que vaciar la vesícula completamente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Cualquier dificultad con erección o exclamación?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Cualquier dolor del testículo o hinchándose?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿La fecha de última próstata y examen rectal?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

OTROS PROBLEMAS

Verifique si usted tiene, o ha tenido, cualquier síntoma en las áreas siguientes a un grado significativo y explica brevemente.

<input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Pecho/Corazon	<input type="checkbox"/> Cambios recientes en:
<input type="checkbox"/> Cabeza/Cuello	<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Peso
<input type="checkbox"/> Orejas	<input type="checkbox"/> Intestinal	<input type="checkbox"/> Nivel de energia
<input type="checkbox"/> Nariz	<input type="checkbox"/> Vesícula	<input type="checkbox"/> Abilidad de dormir
<input type="checkbox"/> Garganta	<input type="checkbox"/> Intestinos	<input type="checkbox"/> Otro tipo de dolor/malestar:
<input type="checkbox"/> Pulmones	<input type="checkbox"/> Circulación	