



Long Valley Health Center

Cuestionario de salud del paciente

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Por favor llene este formulario de la mejor manera posible. Fecha de hoy: _____

Esta información es importante para que su proveedor le brinde el mejor cuidado.

¿Ha visto a algún proveedor médico o especialista en los últimos dos años? Sí No

Nombre(s) del proveedor(es): _____

Razón: _____

¿Lo han hospitalizado o ha estado en la sala de urgencias en los últimos dos años? Sí No

Razón: _____

HISTORIAL MÉDICO:

¿Ha sufrido de las siguientes condiciones de salud? Marque todas las que apliquen.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión
(Presión alta) | <input type="checkbox"/> Dolor crónico
Ubicación: _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Cáncer
Tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> Alargamiento de próstata | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón o vejiga |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación atrial | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula |
| <input type="checkbox"/> Dolor cardíaco de pecho | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Infarto | <input type="checkbox"/> Desbalance hormonal | <input type="checkbox"/> Problemas de ojos o visuales |
| <input type="checkbox"/> Embolia | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas dentales |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> COPD (enfisema) | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias o alcohol
Especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado o coágulos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia | <input type="checkbox"/> Infección VIH o SIDA | <input type="checkbox"/> Otras preocupaciones de salud mental
Especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Desorden autoinmune | <input type="checkbox"/> Ulceras estomacales | <input type="checkbox"/> Problemas mentales o cognoscitivos |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn
(Enfermedad de intestino) | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de túnel carpal | <input type="checkbox"/> GERD (Reflujo) | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿Cuál es su idioma principal? _____ ¿En qué país nació? _____

¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos cinco años? Sí No

¿A dónde viajó? _____



Long Valley Health Center

Cuestionario de salud del paciente

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Por favor llene este formulario de la mejor manera posible. Fecha de hoy: _____

Esta información es importante para que su proveedor le brinde el mejor cuidado.

MEDICAMENTOS ACTUALES: Enliste todos los medicamentos que utiliza actualmente, incluyendo los medicamentos sin receta médica, hierbas, suplementos o vitaminas.

ALERGIAS: Si la respuesta es Sí, por favor enliste a continuación y describa reacción.

¿Es alérgico(a) a algún medicamento? Sí No

¿Alguna otra alergia, a alimentos, polen, insectos, adhesivos o látex? Sí No

INMUNIZACIONES:

¿Sus vacunas están al día? Sí No No estoy seguro(a)

¿Ya recibió su vacuna contra el tétanos? Sí No No estoy seguro(a) Fecha: _____

HISTORIAL QUIRÚRGICO:

¿Se ha llevado a cabo alguno de los siguientes procedimientos médicos?
Por favor marque todas las que aplican y proporcione el año en el que se llevó a cabo el procedimiento.

CIRUGÍA	AÑO	CIRUGÍA	AÑO	CIRUGÍA	AÑO
<input type="checkbox"/> Angioplastia		<input type="checkbox"/> Cirugía bypass corazón		<input type="checkbox"/> Mastectomía	
<i>¿Férula? S/N</i>		<input type="checkbox"/> Reparación de hernia		<input type="checkbox"/> Marcapasos	
<input type="checkbox"/> Apendectomía		<input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera		<input type="checkbox"/> Cirugía de próstata	
<input type="checkbox"/> Cirugía de columna		<input type="checkbox"/> Histerectomía		<input type="checkbox"/> Tiroidectomía	
<input type="checkbox"/> Cirugía de intestino		<i>Razón:</i>		<input type="checkbox"/> Extracción de anginas	
<input type="checkbox"/> Biopsia de seno		<i>¿Aún tiene matriz? S N</i>		<input type="checkbox"/> Ligadura de tubos	
<input type="checkbox"/> Cesárea		<i>¿Aún tiene ovarios? S N</i>		<input type="checkbox"/> Vasectomía	
<input type="checkbox"/> Liberación de túnel carpal		<input type="checkbox"/> Cirugía de rodilla		<input type="checkbox"/> Otros	
<input type="checkbox"/> Extracción de catarata		<input type="checkbox"/> Cirugía LASIK		<input type="checkbox"/> Otros	
<input type="checkbox"/> Cirugía de vesícula		<input type="checkbox"/> Biopsia de hígado			
<input type="checkbox"/> Bypass gástrico				<input type="checkbox"/> Ninguna	

PRUEBAS DE SALUD:

¿Se ha llevado a cabo un Papanicolau? Sí No Fecha del más reciente Papanicolau: _____

Si no lo llevó a cabo en LVHC, por favor proporcione el nombre del doctor: _____

¿Se ha llevado a cabo una mamografía? Sí No Fecha de la mamografía más reciente: _____

¿Ha tenido una colonoscopia u otra prueba de cáncer de colon? Sí No Fecha: _____



Long Valley Health Center

Cuestionario de salud del paciente

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Por favor llene este formulario de la mejor manera posible. Fecha de hoy: _____

Esta información es importante para que su proveedor le brinde el mejor cuidado.

HISTORIAL FAMILIAR:

¿Alguno de sus familiares cercanos ha sufrido de alguna enfermedad fatal o crónica? Marque todas las que apliquen. Informe qué edad tenían al iniciar la enfermedad y si fue fatal, la edad al morir.

Marque aquí si fue adoptado:

ENFERMEDAD	PADRE	EDAD	MADRE	EDAD	HERMANOS	EDAD	OTRO FAMILIAR (especifique)	EDAD
CON VIDA Y SALUD	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Embolia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Cáncer Tipo:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Asma	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Artritis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Desorden autoinmune	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Obesidad	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Alzheimer	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Depresión	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Abuso de alcohol y sustancias	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Pérdida de audición	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Pérdida de la vista	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Otra:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

¿Sufre de discapacidad visual o auditiva? Sí No ¿Necesita alojamiento? Sí No

Si la respuesta es Sí, describa: _____

¿Cuenta con un cuidador? Sí No

¿Necesita ayuda con sus necesidades de autocuidado? Sí No

¿Necesita ayuda para leer o completar formularios? Sí No

Ha completado algún tipo de directriz anticipada, como testamento en vida, poder notarial duradero para cuidado de salud o un formulario POLST? Sí No



Long Valley Health Center

Cuestionario de salud del paciente

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Por favor llene este formulario de la mejor manera posible. Fecha de hoy: _____

Esta información es importante para que su proveedor le brinde el mejor cuidado.

USO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS:

- ¿Fuma productos de tabaco? Actualmente Pasado No
- ¿Mastica tabaco? Actualmente Pasado No
- ¿Fuma marihuana? Actualmente Pasado No
- ¿vaporizador de cigarrillo electrónico? Actualmente Pasado No
- ¿Está expuesto a humo de segunda mano? Sí No

¿Actualmente utiliza drogas recreacionales? Sí No
Si la respuesta es Sí, describa: _____

¿Con cuanta frecuencia bebe algo que contenga alcohol? _____

¿Con cuanta frecuencia bebe algo que contenga cafeína? _____

SALUD SOCIAL:

¿Actualmente cuenta con vivienda? Sí No Temporal

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

¿Tiene problemas con su hogar como moho, calefacción o aire acondicionado inadecuados? Sí No

Si la respuesta es Sí, describa: _____

Durante el año pasado, ¿le han cancelado la electricidad, el gas, agua o los servicios telefónicos de su casa?

Sí No

¿Tiene dificultades para pagar por cuidado médico, recetas o seguro? Sí No

¿Tiene dificultades para tener acceso a transportación? Sí No

¿Tiene dificultades pagando por u obteniendo suficiente comida de calidad? Sí No

¿Se siente seguro en su hogar? Sí No

¿Se siente seguro en sus relaciones? Sí No

¿Le gustaría hablar con alguien sobre estas u otras preocupaciones? Sí No

ACTUALIZACIÓN DEL PACIENTE: En los 2 últimos años, ¿ha tenido algún cambio social, de salud o médico?

Si la respuesta es sí, describa: _____

Por favor, firme y feche. Gracias por llenar este importante formulario sobre su salud.

Firma: _____ Fecha: _____