

CUESTIONARIO DE SALUD

NOMBRE: _____ EDAD: _____ FECHA: _____/_____/_____

DIRECCION: _____ TELEFONO: (____) _____

RAZON PARA ESTA VISITA: RUTINA RELACIONADO AL TRABAJO ENFERMEDAD OTRO _____

HISTORIAL MEDICA:

Que usted tuvo a niñez:

Sarampión	No	Si	Fiebre o enfermedad cardíaca reumáticas	No	Si
Paperas	No	Si	Tuberculosis	No	Si
Varicela	No	Si	Enfermedad venérea	No	Si
Diabetes	No	Si	Anormalidades congénitas	No	Si
Golpes	No	Si	Otras enfermedades graves	No	Si
Cáncer	No	Si		No	Si

Adulto

Usted a tenido alguna enfermedad grave? No Si
 ¿Ha sido hospitalizado usted o estuvo bajo el cuidado médico para muy largo? No Si
 ¿Si "Si", por que razon? _____

Operaciones

¿Ha tenido usted alguna cirugía? Escriba por favor abajo No Si

Heridas

¿Ha tenido usted algún hueso roto? No Si
 ¿Ha tenido usted cualquier conmociones de cabeza o heridas? No Si
 ¿Ha sido golpeado al punto de dejarlo inconciente? No Si

HISTORIA de FAMILIA	SI VIVIENDO		SI DIFUNTO		Qualquier otro familiar ha tenido?		
	la Salud	la Edad	Causa de muerte				
Padre					Cáncer	No	Si
Madre					Tuberculosis	No	Si
El hermano/Hermana					Diabetes	No	Si
					Problemas de corazón	No	Si
					Hipertensión	No	Si
El marido/Esposa					Golpe	No	Si
El hijo/Hija					Convulsiones	No	Si
					Suicidio	No	Si
					Locura	No	Si
					Tendencia sangrienta	No	Si
					Gota u otra Artritis	No	Si

HISTORIA SOCIAL:

Circule Uno: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Enviudado

¿Vive usted con su esposo? No Si
 ¿Es su vida sexual satisfactoria? No Si
 ¿Tiene usted a más de una pareja sexual? No Si
 ¿Tiene usted dependiente en casa? No Si
 Bebidas alcoholicas Nunca: ___ Raramente: ___ Modere: ___ Diariamente: ___ ¿Jamás?: ___
 Tabaco/cigarrillos Empaca un Día: ___ no fume: ___ ¿Fume jamás? ___
 El uso de Drogas Recreativas Nunca: ___ Raramente: ___ Modere: ___ Diariamente: ___ ¿Jamás?: ___
 ¿Es empleado usted? Tiempo repleto: ___ Despida Tiempo: ___
 ¿Qué es su trabajo? _____

¿Es expuesto usted a vapores, los polvos o los solventes? _____

Cuánto tiempo a perdió de trabajar por causa de su salud durante el pasado:

Seis Meses: _____
 Un Año: _____
 Cinco Años: _____

REVISION SISTEMICA: Usted tiene cualquiera del siguiente:

General:	Cambio reciente de peso	No	Si	Dirija ojos orejas etc. (cont'd):		
	Que usted estuvo bien de salud la mayor parte de su vida	No	Si	Nariz estornudando/líquido	No	Si
Piel:				Hemorragias nasales	No	Si
	Pele la enfermedad	No	Si	Problema crónico de seno	No	Si
	Ictericia	No	Si	Enfermedad de oreja	No	Si
	Las colmenas, el eczema o el sarpullido	No	Si	Vista dañada	No	Si
	Frecuente la infección o los diviosos	No	Si	El mareo o los episodios de la inconsciencia	No	Si
	Pigmentación anormal	No	Si	Cuello:		
La cabeza, los Ojos, las Orejas, la Nariz, la Garganta				Rigidez	No	Si
	Enfermedad de ojo o herida	No	Si	Problema de tiroides	No	Si
	Hágale lleva gafas	No	Si	Glándulas ampliadas	No	Si
	Diplopía	No	Si	Respiratorio:		
	Dolores de cabeza	No	Si	URI (Frio) ahora	No	Si
	Glaucoma	No	Si	Escupiendo arriba sangre	No	Si
	Picar ojos o nariz	No	Si	Tos crónica o frecuente	No	Si

REVISION SISTEMICA: (cont.)

Respiratorio: (cont.):

Asma No Si
 La dificultad que respira No Si
 Cualquier problema con pulmones No Si
 Pleuritis o Pulmonía No Si

Cardio vascular:

Pectoris de dolor de pecho o angina No Si
 La falta de aliento al caminar o acuestase No Si
 La dificultad al caminar mas de dos bloques No Si

Problemas de corazón o infartos No Si
 Hipertensión No Si
 Hincháson de manos, los pies, o los tobillos No Si
 Despertar en la noche que se sofoca No Si
 Soplo en el corazón No Si

Gastrointestinal:

Úlcera péptica (el estómago o duodenal) No Si
 Vomitar sangre o alimento No Si
 Enfermedad de vesícula biliar No Si
 Problema de hígado No Si

Hepatitis No Si
 Evacuaciones dolorosas No Si
 Sangrar con evacuaciones No Si
 Taburetes negros No Si
 La hemorroides o amontona No Si
 El cambio reciente en hábitos de intestinos No Si
 Frecuente diarrea No Si
 Acidez o indigestión No Si
 Problema al pasar comida por la garganta No Si

Genitourinary:

La pérdida de la orina No Si
 Orina con frecuencia No Si
 Orina de noche No Si
 Ardor o dolor al orinar No Si
 Orina con sangre No Si
 Problema de riñón No Si

Cálculos renales No Si
 Enfermedad Brights No Si

Ginecología:

A que edad enpezo sus periodos _____
 Cual es la durazion de sus periodo _____ Dias

Ginecología (cont.):

El número de embarazos _____
 Hemorragias nasales _____
 La fecha del ultimo papanicolao _____

La frecuencia de períodos _____ Dias
 Dolor con períodos No Si
 La fecha de primero día de último período _____
 El número de niños y edades _____

Venas varicosas No Si
 Músculo o debilidad conjunta No Si
 La dificultad que anda No Si
 Dolor en pantorrillas o glutios mientras Camina (aliviado por el descanso) No Si
 Ha tenido cuidado psiquiátrico No Si
 Ha sido aconsejado a ver un psiquiatra No Si
 A Tenido o tuvo desvanecimientos No Si
 Convulsiones No Si
 Parálisis No Si

Tarda para aliviar heridas No Si
 Enfermedad de sangre No Si
 Anemia No Si
 Flebitis No Si
 Ha tenido sangrado excesivo después de extracción de diente o cirugía No Si

Tine alguna alergia a la medicina No Si
 Endocrine No Si
 Enfermedad de tiroides No Si
 Terapia de hormonal No Si
 Cualquier cambio en el tamaño del sombrero o el guante No Si
 Cualquier cambio en el crecimiento de pelo No Si
 Que usted llega a ser más frío o la piel Se le reseca No Si

ALTURA _____

PESO _____

ALERGIAS Y SENSIBILIDADES

1. La fecha de último tétano: _____

2. Ay algun historial de alguna reacción de piel u otra reacción/enfermedad de que siguen inyección o administración oral:

Circule Uno

Anote sus medicinas presentes

Penicilina u otros antibióticos No Si No Se
 La morfina, Codeína, Demerol, otros narcóticos No Si No Se
 Novocain u otros anestésicos No Si No Se
 La aspirina, empirin u otros remedios de dolor No Si No Se
 Sulfa endroga No Si No Se
 Antitoxina de tétano u otros sueros No Si No Se
 Cinta adhesiva No Si No Se
 Yodo o merthiolate No Si No Se
 Cualquier alimento, tal como el huevo, la leche o el chocolate No Si No Se

3. Las drogas tomadas dentro de los pasados seis meses:

Aspirina No Si No Se
 Cortisona No Si No Se
 Paracetamol No Si No Se
 Anticoagulantes No Si No Se
 Tranquilizantes No Si No Se
 Hypotensives No Si No Se

4. Tiene al paciente el tratamiento recibido para:

El asma, el reumatismo o la fiebre reumática No Si No Se

La fuente de información, si de otra manera que paciente: _____

La firma de persona que adquiere esta información: _____

 Médico

 Fecha

 La firma de paciente

CONSIENTA PARA PROPOSITOS DE el TRATAMIENTO, el PAGO & las OPERACIONES de ASISTENCIA SANITARIA

Nombre de paciente _____
(Imprima por favor)

VISTA Medical Agrupe a Proveedor _____

Con respecto a los servicios médicos que recibo del grupo susodicho de médico o médico, yo por la presente autorizo al médico y/o el grupo susodichos a revelar cualquier/o toda Información Protegida de la Salud con respecto a mi condición y el tratamiento médicos, inclusive copias de tl aplicable de hospital e historiales médicos:

- A. Cualquier indemnizador de los tercero que cubre los servicios médicos del paciente
- B. Otros profesionales de la asistencia médica e instituciones implicaron en la entrega de asistencia médica al paciente
- C. El defensor de cualquier citación legalmente suficiente, o en respuesta a un mandato judicial
- D. Los empleados y los agentes de la práctica, al grado necesario para facilitar la provisión de servicios de asistencia médica y pago para tales servicios
- E. Farmacias
- F. Otros partidos como de otro modo requerido por la ley

En cada caso, la práctica tomará los pasos razonables para asegurar que sólo la información necesaria mínima sea revelada de acuerdo con el arriba. Entiendo aún más que he sido dado el acceso a la nota de la intimidad del médico y que he tenido la oportunidad de colocar las restricciones especiales sobre el consentimiento por la presente dado.

Restricciones especiales:

Este consentimiento es válido de la fecha ejecutada para Seis (6) años o hasta que revocara en la escritura por el paciente.

Firma

_____/_____/_____
Fecha

Testigo

_____/_____/_____
Fecha



CORONA 2071 Compton Avenue, Suite 102 Corona, CA 92881 (951) 549-0900 Fax (951) 278-8552
 CHINO 12488 Central Avenue, Suite B Chino, CA 91710 (909) 613-0100 Fax (909) 613-0600

ACKNOWLEDGEMENT / RECONOCIMIENTO

Patient's Name / Nombre del Paciente	_____/_____/_____ Date of Birth / Fecha de Nacimiento
Address / Dirección	(____)____-_____ Phone / Teléfono
City/State/Zip – Ciudad/Estado/Código Postal	Email / Correo Electronico
Physician / Medico	(____)____-_____ Phone / Teléfono
Address / Dirección	Email / Correo Electronico
City/State/Zip – Ciudad/Estado/Código Postal	

Advanced Directives / Los Directivos Avanzados

This acknowledges that the physician, or one of his/her staff members, has provided me information concerning Advanced Directives. / Este document es un reconocimiento que el medico o los miembros de su oficina me han dado información sobre los directives avanzados.

- 1) I am age 18 years or older. Yes No / Tengo 18 años o mas. Si No

- 2) I realize that I have the option of putting together Advanced Directives for my healthcare. My physician has provided me written information concerning these Advanced Directives. I understand that it is my responsibility to provide my doctor(s) with any documents that are required to carry out my Advanced Directives. / Entiendo que tengo la opción de formar mis propios directives avanzados sobre mi tratamiento medico. Mi medico me ha dado información sobre estos directives avanzados. Entiendo que es mi responsabilidad de presentar a mi medico, cualquier document necesario para llevar a cabo mis directives avanzados.

- 3) I am aware that Advanced Directives may be any one of the following:
Entiendo que un directive avanzado puede ser cualquierra de los documentos que siguen:
 - a. A Durable Power of Attorney for Health Care. / Poder Notarial Duradero Para la atención de la Salud.
 - b. The Declaration in the A Natural Death Act – Ex. A Living Will. / La Declaración en la Ley de la Murete natural, por ejemplo, Testamento en Vida.
 - c. I may write down my wishes on a piece of paper so that my family may use the document in deciding my medical treatment in the event I am unable to do so. / Puedo escribir mis deseos en un papel para que mi familia use este document en tomar decisions necesarias sobre mi tratamiento medico, en el evento que no puedo hacerlo yo mismo.

This document will become part of my medical record. / Este document se pone un parte del exediente medico.

Patient's Signature/Firma del Paciente: _____
Date/Fecha: ____/____/____