



**CUESTIONARIO de SALUD**

**Corona Urgent Care**  
 Ph# (951) 549-0900  
 Fax# (951) 278-8552  
 2071 Compton Ave. #101/102  
 Corona, CA 92881

**Chino Urgent Care**  
 Ph# (909) 613-0100  
 Fax# (909) 613-0600  
 12555 Central Ave., Suite C  
 Chino, CA 91710

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

RAZON PARA ESTA VISITA:      RUTINA \_\_\_\_\_      TRABAJE la HERIDA \_\_\_\_\_

ENFERMEDAD \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

**La HISTORIA DE la ENFERMEDAD PASADA:**

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

Que usted tuvo alguna enfermedad grave?      No      Si

¿Ha sido hospitalizado jamás usted o estuvo bajo el cuidado médico para muy largo?      No      Si

¿Si "Si", para lo que razona? \_\_\_\_\_

Operaciones

¿Ha tenido usted alguna cirugía? Liste 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 jamás usted inconsciente?      No      Si

HISTORIA de FAMILIA	SI VIVIENDO		SI DIFUNTO		HAS ANY BLOOD RELATIVES EVER HAD		
	la Salud	la Edad	Envejezcase (en la muerte)	Causa		No	Si
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:**

Rodee Uno: Solo Casado Separado Divorciado Enviudado

¿Vive usted con su esposo?      No      Si

¿Es su vida del sexo satisfactoria?      No      Si

¿Tiene usted a más de una pareja sexual?      No      Si

¿Tiene usted dependiente en casa?      No      Si

Bebidas alcohólicas      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 le tiene perdió del trabajo a causa de su salud durante el pasado:

Seis Meses: \_\_\_\_\_

Un Año: \_\_\_\_\_

Cinco Años: \_\_\_\_\_

**REVISION SISTEMICA: Hágale tiene cualquiera del siguiente:**

General:

Cambio reciente de peso      No      Si

Que usted estuvo bien de salud la mayor parte de su vida      No      Si

Piel:

Pele la enfermedad      No      Si

Ictericia      No      Si

Las colmenas, el eczema o el sarpullido      No      Si

Frecuente la infección o los diviesos      No      Si

Pigmentación anormal      No      Si

La cabeza, los Ojos, las Orejas, la Nariz, la Garganta

Enfermedad de ojo o herida      No      Si

Hágale lleva gafas      No      Si

Diplopía      No      Si

Dolores de cabeza      No      Si

Glaucoma      No      Si

Picar ojos o nariz      No      Si

Dirija ojos orejas etc. (cont'd):

Nariz estornudando/líquido      No      Si

Hemorragias nasales      No      Si

Problema crónico de seno      No      Si

Enfermedad de oreja      No      Si

Vista dañada      No      Si

El mareo o los episodios de la inconsciencia      No      Si

Cuello:

Rigidez      No      Si

Problema de tiroides      No      Si

Glándulas ampliadas      No      Si

Respiratorio:

URI (Frío) ahora      No      Si

Escupiendo arriba sangre      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 que anda o acuestase No Si  
 La dificultad que anda dos bloques No Si

Problemas de corazón o infartos No Si  
 Hipertensión No Si  
 Hinchándose de manos, los pies o los tobillos No Si  
 Despertar en la noche que 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  
 Hace el palo de alimento en la garganta No Si

Genitourinary:

La pérdida de la orina No Si  
 Frecuente la micción No Si  
 El tiempo de la noche que orina No Si  
 Micción abrasadora o dolorosa No Si  
 La sangre en la orina No Si  
 Problema de riñón No Si

Cálculos renales No Si  
 Enfermedad Brights No Si

Ginecológico:

Los períodos de la edad empezaron \_\_\_\_\_  
 Cuán largo hace los períodos duran \_\_\_\_\_ Dias

Ginecológico (cont.):

El número de embarazos \_\_\_\_\_  
 Hemorragias nasales \_\_\_\_\_  
 La fecha de última mancha del cáncer & resulta \_\_\_\_\_

La frecuencia de períodos \_\_\_\_\_ Dias  
 Cualquier dolor con períodos No Si  
 La fecha de primero día de último período \_\_\_\_\_  
 El número de niños & se envejece \_\_\_\_\_

Venas varicosas No Si  
 Músculo o debilidad conjunta No Si  
 La dificultad que anda No Si  
 Aflija en pantorrillas o nalgas mientras andar (aliviado por el descanso) No Si  
 Que usted tuvo el cuidado psiquiátrico aconsejado a ver un psiquiatra No Si  
 Tenga o tuvo desvanecimientos No Si  
 Convulsiones No Si  
 Parálisis No Si

Son usted afloja curar después de cortes No Si  
 Enfermedad de sangre No Si  
 Anemia No Si  
 Flebitis No Si  
 Que usted tuvo sangrar excesivo después de extracción de diente o cirugía No Si

Cualquier alergia inclusive la medicina No Si  
 Endocrine No Si  
 Enfermedad de tiroides No Si  
 Terapia de hormona 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 llega a ser el secador No Si

ALTURA \_\_\_\_\_

PESO \_\_\_\_\_

ALERGIAS & las SENSIBILIDADES

1. La fecha de último tétano: \_\_\_\_\_

2. Está allí una historia de la reacción de piel u otra reacción/enfermedad de que siguen inyección o administración oral:

Rodee Uno

Liste por favor sus medicinas presentes

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

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

Aspirina No Si No Sepa  
 Cortisona No Si No Sepa  
 Paracetamol No Si No Sepa  
 Anticoagulantes No Si No Sepa  
 Tranquilizantes No Si No Sepa  
 Hipotensives No Si No Sepa

4. Tiene al paciente el tratamiento recibido para:

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

La fuente de información, si de otra manera que paciente: \_\_\_\_\_

La firma de persona que adquiere esta información: \_\_\_\_\_

Médico

Fecha

La firma de paciente