

ERIC M. GROSS, M.D., F.A.C.S

CUESTIONARIO DE SALUD HISTORIA

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y se convertirá en parte de su expediente médico.

Nombre (Apellido, nombre, M.I.):	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento:				
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Asociados	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viudo
Previous or referring doctor:						

HISTORIA PERSONAL DE SALUD

Haga una lista de los problemas médicos actuales.

Haga una lista de problemas médicos pasados.

Cirugías

Año	Razón	Hospital

Otras Hospitalizaciones

Año	Razón	Hospital

Las alergias a los medicamentos

El nombre del Medicamento	La reacción que tuvo

ERIC M. GROSS, M.D., F.A.C.S

HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL

TODAS LAS PREGUNTAS CONTENIDAS EN ESTE CUESTIONARIO SE MANTENDRÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL.

Alcohol	¿Bebe alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, de qué tipo?		
	¿Cuántas bebidas por semana?		
Tabaco	¿Usa usted tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Cigarrillos. Pks / día	<input type="checkbox"/> masticar - # / día	<input type="checkbox"/> tubo - # / día
	<input type="checkbox"/> # De años	<input type="checkbox"/> O un año dejar de fumar	
Drogas	¿Actualmente consume drogas recreativas o en la calle?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Te has dado drogas de la calle con una aguja?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR

	EDAD	PROBLEMAS DE SALUD (TIPO DE ENFERMEDAD / ENFERMEDAD)	EDAD	PROBLEMAS DE SALUD
Padre			Niños	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Madre				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Hermano(a)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Abuela <i>Materno</i>	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Abuelo <i>Materno</i>	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Abuela <i>Paterno</i>	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Abuelo <i>Paterno</i>	

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

el VIH	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
La hepatitis A, B, C En caso afirmativo especificar el tipo.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Herpes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
VPH	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sífilis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
La clamidia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otro: (especificar)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

SALUD MENTAL

¿El estrés es un problema importante para usted?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se siente deprimido?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene problemas para comer o el apetito?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene problemas para dormir?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No