



8186 Lark Brown Road Elkridge MD 21075
 10981 Johns Hopkins Road Laurel MD 20723
 (410) 730-3399



Nombre:
 Fecha:

Fecha de Nacimiento:
 Proveedor:

MRN:

Centennial Medical Group

Cuestionario del paciente

La siguiente información es muy importante para su salud. Tómese el tiempo para completar completamente esta información importante. Use una "X" al hacer selecciones. Contamos con usted. Por favor IMPRIMA toda la información que no sea su firma.

Historia Medica del paciente

¿Cuáles son sus preocupaciones actuales sobre su salud?

Coloque una "x" en el espacio si ha tenido alguno de estos problemas medicos en el pasado:

- embolia/ataque isquémico transitoria (AIT) abuso de sustancias
- enfermedad psiquiátrica glaucoma migrañas convulsions
- sinusitis crónica hipertensión enfermedad del corazón
- enfermedad valvular cardíaca murmullo asma tuberculosis
- colesterol elevado EPOC/enfisema neumonía ERGE (GERD)
- enfermedad de úlcera péptica síndrome del intestino irritable hepatitis
- anemia vesícula biliar artritis osteoporosis cancer
- problemas de próstata cálculos renales diabetes enfermedad de la piel
- TVP/coágulos de sangre enfermedad de tiroides herpes sífilis
- gonorrhea papanicolaou anormal VIH

Otro: _____

Última menstruación: _____

HOSPITALIZACIONES PREVIAS: (lista fechas y razones): Ninguna

HISTORIAL QUIRÚRGICO PASADO: (Por favor indique si ha tenido alguna cirugía) Ninguna

- apendectomía histerectomía amigdalectomía colecistectomía
- reparación de hernia cirugía sinusal vasectomía ligadura de trompas
- cirugía de cataratas

Otro: _____

INMUNIZACIONES: Indique las fechas de sus vacunas/condiciones:

Tétano _____ MMR#1 (sarampión, paperas, rubeola) _____ MMR#2 _____ Polio _____
 Serie de hepatitis B completado _____ Influenza _____ Neumonía _____
 Serie de hepatitis A completado _____ Vacuna contra la Varicela o enfermedad _____



8186 Lark Brown Road Elkridge MD 21075
 10981 Johns Hopkins Road Laurel MD 20723
 (410) 730-3399



Nombre:
 Fecha:

Fecha de Nacimiento:
 Proveedor:

MRN:

Indique las fechas de cualquiera de los siguientes procedimientos que haya realizado:

| | | | |
|----------------------|-------|---------------------------------------|-------|
| Examen rectal: | _____ | Radiografía de pecho: | _____ |
| Densidad ósea: | _____ | Examen de su vista: | _____ |
| Electrocardiograma: | _____ | Colonoscopia: | _____ |
| Prueba de estrés: | _____ | antígeno prostático específico (PSA): | _____ |
| Mamograma: | _____ | Papanicolaou: | _____ |
| Nivel de colesterol: | _____ | | |

HÁBITOS/SOCIALES:

¿Qué tipo de trabajo haces? _____

Empleador: _____

¿Ha estado expuesto a alguna toxina (es decir, asbestos, plomo, pesticidas....)? Sí No

¿Fumas cigarrillos? Sí No ¿Cuántos? _____

¿Masticas tabaco? Sí No ¿Cuánto? _____

¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en una semana? _____

¿Cuántas bebidas con cafeína (incluida la sodas gaseosas) consume diariamente? _____

¿Cuidas tu dieta para restringir la sal, la grasa, o la carne? Sí No

¿Haces ejercicio aeróbico regularmente? Sí No

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? Sí No

¿Tiene dificultad para mantener dormido(a)? Sí No

¿Te sientes descansado(a) en la mañana? Sí No

¿Te levantas más temprano de lo que deberías? Sí No

¿Experimenta somnolencia/modorra por el día? Sí No

¿Usas los cinturones de seguridad mientras conduces? Sí No

¿Cuál es tu estado civil? S C D Vdo

¿Cuántos hijos tiene? _____

¿Eres sexualmente activo(a)? Sí No

¿Qué utilizas para la anticoncepción? _____

¿Alguna vez ha recibido una transfusion de sangre? Sí No

¿Se ha sentido con menos interés/placer en hacer cosas recientemente? Sí No

¿Se ha sentido triste, deprimido o sin esperanza recientemente? Sí No

HISTORIA FAMILIAR: Coloque una "x" al lado de todas las condiciones que los miembros de su familia han experimentado:

_____ Hipertensión _____ Enfermedad del corazón _____ Diabetes mellitus _____ Colesterol alto
 _____ Asma _____ Artritis _____ Glaucoma _____ Cáncer _____ osteoporosis
 _____ Problemas de tiroides _____ Gota

Otros: _____



8186 Lark Brown Road Elkridge MD 21075
 10981 Johns Hopkins Road Laurel MD 20723
 (410) 730-3399



Nombre:

Fecha de Nacimiento:

MRN:

Fecha:

Proveedor:

REVISIÓN DEL SISTEMA: Coloque una "x" si ha tenido alguno de estos síntomas recientemente:

- fatiga fiebre resfriado sudores ronquidos
- hemorragis nasals pérdida de peso reciente dificultad para dormir
- picazón en los ojos tos secreción de los ojos enrojecimiento en los ojos
- cambios en la vision cambios en la audición zumbido en tus oídos
- congestion nasal ronquera dolor de garganta frecuente
- problemas dentales falta de aliento resollar/jadeo tosiendo sangre
- dolor en el pecho o presión con esfuerzo palpitaciones
- edema/retención de líquidos dificultad para respirar mientras está acostado
- nausea vómitos diarrea estreñimiento dificultad al tragar/pasar
- ictericia cambios en los hábitos intestinales dolor abdominal
- sangre en las heces dificultad para orinar dolor al orinar sangre en la orina
- aumento de la frecuencia de urinar despertarse para orinar por la noche
- dolor muscular debilidad muscular dolor en las articulación
- movimiento limitado de las articulaciones comezón cambios en lunares
- ronchas extremidades frías dolores de cabeza entumecimiento
- "hormigueo" problemas de equilibrio temblor ansiedad
- pensamientos suicidas cambios de humor aumento de la sed
- aumento de la producción de orina intolerancia al calor o al frío
- moretones con facilidad urticaria (hives) sangrado anormal
- hinchazón de los ganglios linfáticos nariz que gotea estacional

Alergias conocidas: _____

Toda la medicación actual:

Mi firma a continuación indica que esta información es verdadera y correcta mi leal saber y entender.

Firma del paciente: _____