**CUESTIONARIO HISTORIA DE SALUD**

Tempt: Pulse: BP: Resp: Oxy: Height: Weight: Pain: LMP: Age:

Todas las preguntas contenias en este cuestionario son estrictamente confidenciales y formaran parte de su expediente medico

|  |
| --- |
| Alergias a medicamentos  |
| Nombre del medicamento | Reacciones que tuvo |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| □ ninguna |  |

|  |
| --- |
| **Liste sus medicamentos de receta y medicamentos de venta libre, como vitaminas y inhaladores**  |
| Nombre del medicamento  | Dosis  | Cuentas veces al dia? |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| □ ninguno |  |  |

|  |
| --- |
| **Problemas medicos diagnosticado: □ Ninguno** |
| □ **Presion Alta** | □ **Colesterol Alto**  | □ **Diabetes**  |
| **□ Asma**  | **□ Enfermedad del Corazón** | **□ Enfermedad del Riñón** |
| **□ EPOC** | **□ Apoplejia** | **□ Drogadicción** |
| **□ Artritis**  | **□ Tiroides** | **Otro:**  |

|  |
| --- |
| **Cirugias**  |
| Cirugia | Ano | Hospital  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| □ ninguna |  |  |

|  |
| --- |
| **Otras Hospitalizaciones**  |
| Ano  | Razon | Hospital  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Enfermedades Infantiles**  | □ Sarampión □ Paperas □ Rubeola □ Varicela □ Reumatico □ Polio  |
| Otro: □ ninguna |
| **Vacunas y Fechas:**  | □ Tetanos | □ Pheumonia |
| □ Hepatitis | □ Varicela |
| □ Influenza | □ Paperas, Sarampión, Rubeola  |

|  |
| --- |
| **HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR**  |
|  | Edad | Problemas de salud significativos | Edad | Problemas de salud significativos  |
| **Padre**  |  |  | **Niños** | □ H □ M |  |
| **Madre**  |  |  | □ H □ M |  |
| **Hermanos** | □ H □ M |  | □ H □ M |  |
| □ H □ M |  | □ H □ M |  |
| □ H □ M |  | **Abuela** |  |  |
| □ H □ M |  | **Abuelo** |  |  |
| □ H □ M |  | **Abuela** |  |  |
| □ H □ M |  | **Abuelo**  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Que tipo de trabajo hace? |  |
| ¿Consume alcohol? ¿Cuánto y con qué frecuencia? | □ No □ Si |
| ¿Consume cafeína? ¿Cuánto y con qué frecuencia? | □ No □ Si |
| ¿Utiliza el tabaco? ¿Cuánto y con qué frecuencia? | □ No □ Si |

|  |
| --- |
| **Razón de la visita:**  |
|  |
|  |
|  |

Yo entiendo que GAP Medical Center da servicios de urgencias y yo soy reponsable de tener mi medico primario para servicios preventivos completos.

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Impresa) (Firma)

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**GAP MEDICAL CENTER**