**Los pacientes nuevos deben enviar este formulario completo a más tardar una semana antes de la primera visita. Correo electrónico:** [**OsherNP@ucsf.edu**](Quot;mailto:OsherNP%40ucsf.edu&quot) **Fax: (415) 353-7358 | Teléfono: (415) 353-7700.**

**Nombre:**

**Fecha de nacimiento:**

**SECCIÓN I: CONSULTA INTEGRATIVA DE SALUD**

¿Cuáles son sus principales objetivos para esta consulta?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor describa sus experiencias previas con Salud Integrativa:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **EQUIPO DE TRATAMIENTO**

Laboratorio Preferido de Proveedor de Atención Primaria (PCP): \_\_UCSF \_\_LabCorp \_\_ Quest

Por favor, enumere todos los miembros de su equipo de atención:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Los médicos del Centro Osher están capacitados en medicina biomédica y complementaria. Para obtener más información sobre nuestros profesionales y tratamientos, visite: [https://osher.ucsf.edu/patient-care/clinical-specialties](quot;https://osher.ucsf.edu/patient-care/clinical-specialties&quot)

1. **PRÁCTICAS FUNDACIONALES: Nutrirse, moverse, descansar, reflexionar**

¿Cumple con una dieta específica o ayuna? Sí No *Si responde sí, por favor describa:*

¿Tiene preocupaciones acerca de su nutrición? Sí No *Si responde sí, por favor describa:*

¿Cambia sus hábitos alimenticios cuando está molesto, preocupado o triste? Sí No

¿Come cuando está apurado? Sí No

**Describa su dieta típica**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Hora |  |
| Desayuno |  |  |
| Almuerzo |  |  |
| Cena |  |  |
| Refrigerios |  |  |

**Aproximadamente, ¿cuántas tazas de los siguientes líquidos suele beber cada día?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Agua | Zumo/otro  *Detallar el tipo* | Bebidas con cafeína  *Detallar el tipo (café, té, etc.)* | Soda  *Detallar el tipo (dieta, regular)* |
|  |  |  |  |

**Describa su actividad física, ejercicio o movimiento, y el tiempo dedicado a la semana:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Actividad ligera *(p. ej., caminar, estirar)* | Aeróbica moderada *(es decir, sudoración ligera)* | Aeróbico-vigoroso/alto *(es decir, sudoración, frecuencia cardíaca más rápida)* | Ejercicios de fortalecimiento *(por ejemplo, yoga, entrenamiento con pesas)* | Ejercicios de equilibrio |
|  |  |  |  |  |

**Describa sus patrones de sueño:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No

**¿Está interesado en las prácticas mente-cuerpo** (por ejemplo, atención plena, meditación, yoga)? *Si responde sí, por favor describa*:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para obtener más información sobre los cursos para el bienestar mente-cuerpo, visite: [https://osher.ucsf.edu/public-](quot;https://osher.ucsf.edu/public-classes&quot) [classes](quot;https://osher.ucsf.edu/public-classes&quot)

1. **MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS: Recetados, sin receta, botánicos**

*Enumere a continuación. Si tiene una opción más conveniente, por favor siéntase libre de adjuntar una lista separada o tomar fotos.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del medicamento, suplemento o hierba | Dosis o concentración | ¿Con qué frecuencia lo toma? |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

¿Consume cannabis o marihuana? Sí No *Si responde sí, por favor describa los formularios/efectos sobre su persona:*

**D. SALUD Y BIENESTAR MENTAL-CORPORAL**

El peor dolor

*Si responde sí, responda lo siguiente:*

**¿Experimenta dolor físico o emocional?** Sí No

Haga un círculo en un número del 0 al 10 que describa mejor cuánto dolor tiene hoy:

Sin **1  2  3  4  5  6  7  8  9  10**

Dolor

¿Dónde está el dolor? ¿Cómo se siente el dolor?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué empeora el dolor? ¿Qué mejora el dolor?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, enumere cualquier medicamento o suplemento que tome para aliviar el dolor:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Marque o enumere cualquier tratamiento que haya probado para aliviar el dolor:

Acupuntura  Terapia Física  Inyecciones (\*ej., proloterapia, epidurales, facetas, bloqueos nerviosos, ablación por radiofrecuencia),  Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cómo afecta el dolor a sus actividades diarias, al sueño o al bienestar emocional?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En los últimos 12 meses, ¿ha sido lastimado o amenazado? \_\_\_Sí \_\_\_No

En el último mes, ¿se ha sentido “triste” o “deprimido”? \_\_\_Sí \_\_\_No

¿Tiene problemas para encontrar placer en cosas que solía disfrutar? \_\_\_Sí \_\_\_No

¿Alguna vez se ha sentido tan triste que ha pensado en hacerse daño a sí mismo? Sí No

**Estado funcional**

¿Ha experimentado algún cambio en su capacidad para realizar sus actividades habituales? Sí No

¿Está recibiendo ayuda especial en casa? Sí No

¿Tuvo 3 o más caídas en el último año? Sí No

¿Tiene dificultades para bañarse o vestirse solo? Sí No

¿Alguna vez pierde el control sobre su micción o evacuaciones? Sí No

¿Tiene una Directiva Anticipada de Atención Médica/Testamento en vida/Poder Legal Duradero? Sí No

¿Desea obtener información sobre las Directivas Avanzadas? Sí No  No está seguro

**Historial de sustancias** *Si es afirmativo para cualquiera de las siguientes cuestiones, responda a las preguntas adicionales:*

¿Bebe alcohol? Sí No

*Durante la última semana, ¿cuántos días ha bebido?*

*En los días en que tomó una bebida, ¿cuántas bebidas (cerveza, vino o licor) tomó?*

*¿Tiene preocupaciones acerca de su consumo de alcohol?* Sí No

¿Consume productos de tabaco? Sí No

*¿En qué forma?*  *cigarrillos*  *vapeador*  *goma*  *parche. ¿Cuántas veces en un día?*

*¿Cuántos años? ¿Fecha en que dejó? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos atados de cigarrillos por día? \_\_\_*

¿Ha estado expuesto al humo de segunda mano? Sí No

¿Alguna vez se inyectó alguna sustancia? Sí No

¿Alguna vez ha consumido cocaína, estimulantes, opioides u otra sustancia? Sí No

*Si la respuesta es sí, por favor describa:*

1. **HISTORIA SOCIAL Y CULTURAL**

¿Cuál es su estado de empleo? Tiempo completo Tiempo parcial Desempleado Retirado Otro

¿Cuál es/era su ocupación?

¿Vive solo? Sí No *Si no, ¿con quién vive?*

Estado de la relación Soltero Casado Divorciado Viudo En pareja Prefiere no responder

¿Cuáles son los principales factores de estrés en su vida?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué lo ayuda a lidiar con el estrés?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Describa sus intereses y aficiones:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Describa su sistema de apoyo (por ejemplo, familia, amigos, comunidad, grupos, mascotas):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene alguna práctica cultural, religiosa o espiritual que le gustaría compartir con nosotros?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, comparta cómo usted y/o su familia/cuidador aprenden mejor (por ejemplo, en forma escrita, visual, audio, etc.).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **REVISIÓN DE SISTEMAS**

***Marque si experimentado alguno de estos durante en los últimos 3-6 meses:***

|  |  |
| --- | --- |
| Dolor abdominal  Síntomas de alergia  Cambios en el apetito  Heces negras o sanguinolentas  Dolor de mama, bulto o hinchazón  Problemas respiratorios  Moretones o sangrado fácil o frecuentemente  Cambios en la salud general  Dolor de pecho  Tos crónica  Problemas sinusales crónicos o secreción nasal  Confusión, convulsiones o desmayos  Estreñimiento  Toser sangre  Diarrea  Mareos  Estrés excesivo  Sed o micción excesiva  Ojos: dolor, irritación, enrojecimiento o secreción  Fatiga  Fiebre, escalofríos o sudores  Cambios en el cabello o las uñas  Dolores de cabeza  Cambios en la audición o zumbido en los oídos | Ardor de estómago  Intolerancia al calor o al frío  Rigidez articular o muscular  Infecciones (recurrentes o posibles)  Cambios de memoria o concentración  Náuseas o vómitos  Nerviosidad o ansiedad  Entumecimiento u hormigueo  Dolor en el cuello o la espalda  Palpitaciones  Tristeza o depresión  Dificultad para respirar  Dificultades para dormir  Dolor de garganta  Mensajes especiales, visiones o voces  Dificultades para tragar  Inflamación de pies, tobillos, manos  Exposición tóxica (por ejemplo, moho, pesticidas)  Erupción inusual o problemas de la piel  Cambios en la vista  Cambios vocales  Dificultades para caminar  Debilidad o parálisis  Cambios de peso |

**¿Hay algo más que le gustaría discutir o que nuestro equipo sepa?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SECCIÓN II: Si sus registros de MyChart/CareEverywhere no están actualizados, responda lo siguiente:**

\*Si la(s) enfermedad(es) no está(n) en la lista, por favor describa:

**ANTECEDENTES MÉDICOS PASADOS**. *Por favor,* ***marque*** *Sí o No para cualquier enfermedad que haya tenido:*

| Anemia | □ Sí | □ No |
| --- | --- | --- |
| Artritis | □ Sí | □ No |
| Asma, bronquitis o enfisema | □ Sí | □ No |
| Sangrado o hematomas | □ Sí | □ No |
| Trastorno de la sangre | □ Sí | □ No |
| Cáncer (tipo): | □ Sí | □ No |
| Depresión o ansiedad | □ Sí | □ No |
| Diabetes | □ Sí | □ No |
| Epilepsia o convulsiones | □ Sí | □ No |
| Fiebre del heno o condiciones sinusales | □ Sí | □ No |
| Enfermedad cardíaca | □ Sí | □ No |

| Hepatitis | □ Sí | □ No |
| --- | --- | --- |
| Presión arterial alta | □ Sí | □ No |
| Enfermedades inmunes | □ Sí | □ No |
| Enfermedades intestinales | □ Sí | □ No |
| Enfermedad renal | □ Sí | □ No |
| Enfermedad hepática | □ Sí | □ No |
| Enfermedad pulmonar | □ Sí | □ No |
| Enfermedad de la piel | □ Sí | □ No |
| Accidente cerebrovascular | □ Sí | □ No |
| Úlceras estomacales | □ Sí | □ No |
| Enfermedad tiroidea | □ Sí | □ No |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Ha estado hospitalizado alguna vez?**  Sí  No *Si es así, indique la fecha y los motivos:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Ha tenido alguna cirugía?**  Sí  No *Si es así, indique la fecha y el(los) tipo(s) de cirugía:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Tiene alguna alergia?**  Sí  No *Si responde sí, por favor enumere:*

|  |  |
| --- | --- |
| **Alérgeno:** *medicación, ambiental, sustancia* | **Reacción** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Responda a cualquiera de las siguientes preguntas si corresponde a usted:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Salud sexual** | *Información adicional* |
| ¿Tiene preocupaciones acerca de su salud sexual?  Sí  No |  |
| ¿Ha tenido sexo con mujeres?  Sí  No |  |
| ¿Ha tenido sexo con hombres?  Sí  No |  |
| ¿Ha tenido sexo con parejas no binarias?  Sí  No |  |
| ¿Usted y su(s) pareja(s) sexual(es) practican sexo seguro?  Sí  No  No estoy seguro |  |
| ¿Alguna vez ha tenido una enfermedad de transmisión sexual?  Sí  No  No estoy seguro |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Salud de la mujer** | *Información adicional* |
| ¿Tiene problemas con alguno de los siguientes? *Si la respuesta es sí, por favor marque*  Frecuencia urinaria, urgencia, micción por la noche  Falta de control de la vejiga, incontinencia o micción dolorosa  Sangre en la orina  Infecciones recurrentes del tracto urinario, o secreción vaginal  Dolor vaginal, picazón, irritación o sequedad vaginal  Calores  Cambio en el deseo sexual  Sangrado entre periodos o después de la menopausia |  |
| ¿Alguna vez se ha hecho una mamografía?  Sí  No *Si responde sí, anote la fecha, los resultados y dónde se realizó:* |  |
| ¿Alguna vez se le ha realizado una mamografía anormal?  Sí  No *Si es así, anote la fecha, los resultados y el tratamiento:* |  |
| ¿Practica habitualmente autoexámenes de mama?  Sí  No |  |
| ¿Cuándo fue su última prueba de papanicoláu? \_\_\_Sí \_\_\_No |  |
| ¿Alguna vez tuvo un papanicoláu anormal?  Sí  No *Si es así, anote la fecha, los resultados el tratamiento* |  |
| ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primer período menstrual? Edad |  |
| ¿Aún tiene períodos menstruales?  Sí  No |  |
| *Si todavía tiene períodos, ¿en qué día comenzó el último período?* / / |  |
| *¿Sus períodos son regulares?*  Sí  No |  |
| *¿Sus períodos son dolorosos?*  Sí  No |  |
| *¿Cuántos días hay entre períodos? días* |  |
| *¿Cuánto dura su período? días* |  |
| *¿Cómo describiría sus períodos?* |  |
| ¿Alguna vez ha recibido terapia de reemplazo hormonal?  Sí  No  *Si es así, anote las fechas y escriba:* |  |
| ¿Ha estado embarazada alguna vez?  Sí  No  *Escriba el número total de embarazos, partos, abortos espontáneos, abortos:*  *¿Tuvo complicaciones con un embarazo?*  Sí  No |  |
| ¿Utiliza actualmente algún método anticonceptivo  Sí  No |  |
| **Salud del hombre** | *Información adicional* |
| ¿Ha tenido problemas con lo siguiente? *Si la respuesta es sí, por favor marque:*  Dolor testicular  Impotencia / cambio en la función sexual  Problemas de próstata  Dificultad para iniciar el flujo urinario/frecuencia  Micción frecuente por la noche  Falta de control de la vejiga, goteo o micción dolorosa  Sangre en la orina  Infecciones recurrentes de las vías urinarias |  |
| ¿Practica habitualmente autoexámenes testiculares?  Sí  No |  |
| ¿Le han hecho un análisis de PSA en sangre?  Sí  No |  |
| ¿Alguna vez le han hecho pruebas de detección de cáncer de próstata?  Sí  No *¿Fue un examen rectal digital?*  Sí  No |  |