**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%3Bhttps%3A//osher.ucsf.edu/patient-care/clinical-specialties%26quot)

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%3Bhttps%3A//osher.ucsf.edu/public-classes%26quot) [classes](quot%3Bhttps%3A//osher.ucsf.edu/public-classes%26quot)

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 |  |