

I. GENERAL

1. ¿Se enferma frecuentemente? Sí No
2. ¿Presenta __ fiebre __ escalofríos __ sudoración? Sí No
3. ¿Ha __ perdido o __ ganado peso en el último año? Sí No
4. ¿Cuánto es lo más que ha pesado? Libras _____
5. ¿Presenta pérdida del apetito?..... Sí No
6. ¿Presenta dificultad con __ conciliar el sueño __ mantenerse despierto __ fuertes ronquidos __ necesidad de sueño durante el día? Sí No
7. ¿Ha notado que comienza a quedarse dormido cuando __ no tiene la intención o __ cuando es peligroso? Sí No
8. ¿Sus piernas se sacuden frecuentemente o se sienten inquietas __ antes o __ durante el sueño?..... Sí No
9. ¿Presenta dificultad para experimentar placer? Sí No
10. ¿Alguna vez ha tenido un __ padecimiento emocional o __ experimentado largos periodos de tristeza inexplicable o __ cambios de humor frecuentes? Sí No
11. ¿Presenta sentimientos de falta de valor o culpabilidad? Sí No
12. ¿Presenta dificultades para concentrarse? Sí No
13. ¿Experimenta pensamientos impertinentes o no deseados o siente la necesidad de realizar tareas innecesarias?..... Sí No
14. ¿Tiene pensamientos recurrentes acerca de la muerte? Sí No
15. ¿Es usted considerada una persona nerviosa? Sí No
16. ¿Alguna vez ha sentido que debería reducir su consumo de alcohol? Sí No
17. ¿Hubo algún periodo en el que haya consumido más alcohol del que consume actualmente?..... Sí No
18. ¿Las personas lo molestan criticando su forma de beber? Sí No
19. ¿Está en una relación en la que haya sido __ amenazado o __ abusado físicamente por su pareja? Sí No
20. ¿Alguna vez su pareja le ha impedido __ irse de la casa, __ ver a los amigos, __ obtener un trabajo o __ continuar su educación? Sí No
21. ¿Utiliza el cinturón de seguridad? Sí No
22. ¿Requiere de ayuda para __ realizar compras, __ preparar la comida, __ realizar el quehacer, __ lavar la ropa, __ administrar sus medicamentos? Sí No
23. ¿Su hogar tiene alfombra en el vestíbulo?
24. ¿Hacen falta barras de soporte en el baño de su hogar? Sí No
25. ¿Hacen falta barandales en las escaleras de su hogar? Sí No
26. ¿Su hogar cuenta con mala iluminación? Sí No
27. ¿Existe algún problema personal que quisiera discutir (por ejemplo, __ problemas familiares, __ inquietudes acerca del VIH/SIDA, __ temas preventivos de salud?..... Sí No
28. ¿Cuenta con alguna discapacidad? Sí No
29. ¿Existe alguna litigación pendiente en relación a un problema médico? Sí No
30. ¿Hace cuánto fue su examen físico completo? 20 _____
31. ¿Cuenta con actuales Instrucciones Anticipadas (por ejemplo, Carta Poder sin Vencimiento o Atención Médica, etc.)? Sí No
32. Si cuenta con Instrucciones Anticipadas, ¿quién celebra el documento?

II. PIEL

33. ¿Ha tenido algún __ salpullido o __ comezón cutánea? Sí No
34. ¿Alguna vez ha presentado __ bultos, o __ pólipos o __ lunares cambiantes? Sí No
35. ¿Ha presentado cambios significantes en __ el cabello o __ las uñas? Sí No
36. ¿Cuenta con un historial de cáncer de piel? Sí No
37. ¿Ha experimentado reacciones cutáneas al sol (foto-sensibilidad) aparte del bronceado? Sí No
38. ¿Ha presentado __ visión doble, __ visión borrosa o __ puntos ciegos? Sí No

39. ¿Utiliza __anteojos o __lentes de contacto? Sí No
40. ¿Tiene __glaucoma o __cataratas? Sí No
41. ¿Ha tenido alguna __cirugía o __tratamientos laser en sus ojos? .. Sí No
42. ¿Ha tenido alguna __lesión o __ infección ocular? Sí No
43. ¿Cuándo fue su último examen ocular? 20_____

IV. OÍDOS

44. ¿Presenta algún problema auditivo actual? Sí No
45. ¿Cuenta con dificultades auditivas? Sí No
46. ¿Presenta zumbidos en los oídos? Sí No
47. ¿Se ha expuesto a fuertes ruidos?..... Sí No
48. ¿Los demás sienten que tiene dificultades auditivas? Sí No
49. ¿Cuándo fue su último examen auditivo? 20_____

V. NARIZ Y GARGANTA

50. ¿Ha tenido problemas de sinusitis? Sí No
51. ¿Presenta alguna __rinitis primaveral o __alergias estacionales? Sí No
52. ¿Ha presentado __ronquera o __cambios de voz? Sí No
53. ¿Tiene problemas con sangrados nasales? Sí No
54. ¿Presenta alteraciones en el __gusto u __olfato? Sí No
55. ¿Tiene pólipos nasales? Sí No
56. ¿Cuenta con algún historial de tratamientos de radiación en la cara o el cuello? Sí No
57. ¿Cuenta con algún historial de enfermedades de la tiroides? .. Sí No
58. ¿Ha tenido __asma o __jadeos? Sí No
59. ¿Presenta falta de aliento __cuando descansa, __cuando se esfuerza o __por la noche? Sí No
60. ¿Tiene tos frecuentemente? Sí No
61. ¿Presenta tos con algún moco descolorido? Sí No
62. ¿Ha estado en expuesto a asbestos? Sí No
63. ¿Ha experimentado __comezón, __congestión o __dificultad al respirar Sí No
64. ¿Cuándo fue su última prueba cutánea de TB? 20_____

VII. CORAZÓN

65. ¿Cuándo fueron sus últimos rayos-X de pecho? 20_____
66. ¿Tiene presión arterial alta? Sí No
67. ¿Tiene niveles elevados de colesterol? Sí No
68. ¿Presenta __dolor o __malestar de pecho? Sí No
69. ¿Sus tobillos se hinchan frecuentemente?..... Sí No
70. ¿Tiene problemas cardíacos? Sí No
71. ¿Ha tenido infartos cardíacos? 20_____
72. ¿Tiene un __soplo en el corazón, __válvula anormal, __insuficiencia cardiaca congestiva, __hipertrofia cardiaca, __latidos cardíacos irregulares o __arritmia? Sí No
73. ¿Cuándo fue su último EKG (Electrocardiograma)? 20_____
74. ¿Cuándo fue su última prueba Treadmill? 20_____
75. ¿Cuándo fue su último Angiograma? 20_____

VIII. GASTROINTESTINAL

76. ¿Presenta problemas para tragar? Sí No
77. ¿Tiene agruras frecuentemente? Sí No
78. ¿Tiene problemas con __náuseas o __vómitos? Sí No
79. ¿Tiene problemas de dolor abdominal? Sí No
80. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con una enfermedad de __úlcera o de __vesícula?..... Sí No
81. ¿Ha tenido algún problema de __hígado o __páncreas? Sí No
82. ¿Alguna vez ha tenido __hepatitis o __ictericia? Sí No
83. ¿Tiene __diarrea o __estreñimiento? Sí No
84. ¿Tiene __hemorroides u __otros problemas rectales? Sí No
85. ¿Ha tenido heces __negras o __con presencia de sangre? Sí No
86. ¿Ha sido diagnosticado por tener pólipos en el colón? Sí No
87. ¿Utiliza laxantes? Sí No
Nombre de los laxantes: _____
88. ¿Cuándo fue su último examen proctoscópico/sigmoidoscópico? 20_____

IX. GENITOURINARIO

- 89. ¿Alguna vez ha tenido molestias por tener que orinar frecuentemente? Sí No
- 90. ¿Cuántas veces orina durante la noche? _____ veces Sí No
- 91. ¿Presenta sensación de ardor al orinar? Sí No
- 92. ¿Ha tenido alguna infección reciente de riñón o vejiga? Sí No
- 93. ¿Ha tenido presencia de sangre en la orina? Sí No
- 94. ¿Tiene problemas para iniciar o detener la orina? Sí No
- 95. ¿Pierde el control de su vejiga en algunas ocasiones? Sí No
- 96. ¿Alguna vez ha tenido una enfermedad venérea? Sí No
Tipo(s) _____
- 97. ¿Está teniendo algún problema sexual? Sí No
- 98. (Hombres) ¿Tiene algún historial de problemas prostáticos?.. Sí No

X. GINECOLÓGICO

- 99. ¿Cuándo fue su última mamografía? Sí No
- 100. ¿Su última mamografía fue __normal o __anormal? Sí No
- 101. ¿Cuándo fue su último Papanicolaou? Sí No
- 102. ¿Su último Papanicolaou fue __normal o __anormal? Sí No
- 103. ¿Tiene presencia de bochornos? Sí No
- 104. ¿Cuándo fue su último periodo menstrual? ____/____/____
- 105. Tipo de control de natalidad que utiliza: _____
- 106. Número de embarazos: _____
- 107. Peso del bebé más pesado _____ lbs. _____ oz.
- 108. ¿Tiene algún __dolor o __secreción vaginal?..... Sí No
- 109. ¿Tiene algún sangrado vaginal aparte del que se presenta con un periodo menstrual normal? Sí No
- 110. ¿Sus periodos son dolorosos? Sí No
- 111. ¿Tiene algún __dolor, __secreción, __bulto en los pechos? .. Sí No
- 112. ¿Alguna vez ha estado en terapia de estrógenos? Sí No
- 113. ¿Su madre tomó DES (una hormona) mientras estuvo embarazada de usted? Sí No

XI. HUESOS Y ARTICULACIONES

- 114. ¿Presenta __dolor o __rigidez de articulaciones? Sí No
- 115. ¿Sus articulaciones __se hinchan o __se enrojecen a veces? Sí No
- 116. ¿Presenta dolores de espalda que limitan su actividad? Sí No
- 117. ¿Presenta dolores intensos en el cuello? Sí No
- 118. ¿Alguna vez ha tenido gota? Sí No
- 119. ¿Tiene osteoporosis? Sí No
Fecha de su último scanner de osteoporosis: _____
- 120. ¿Tiene __debilidad o __sensibilidad muscular? Sí No
- 121. ¿Le dan calambres musculares al __caminar o __por la noche?.. Sí No
- 122. ¿Ha perdido estatura?..... Sí No

XII. NEUROLÓGICO

- 123. ¿Es usted __Diestro o __zurdo? Sí No
- 124. ¿Está teniendo dolores de cabeza __frecuentes o __intensos? .. Sí No
- 125. ¿Alguna vez ha tenido __desmayos o __pérdida de consciencia? Sí No
- 126. ¿Alguna vez ha tenido un __ataque o __convulsión (epilepsia)? Sí No
- 127. ¿Es molestado alguna vez por una sensación giratoria (vértigo)? Sí No
- 128. ¿Tiene problemas de equilibrio? Sí No
- 129. ¿Tiene periodos de mareos?..... Sí No
- 130. ¿Experimenta __adormecimiento u __hormigueo en sus __brazos o __piernas? Sí No