

## Cuestionario para pacientes nuevos

### New Patient Questionnaire

#### INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre del médico remitente: \_\_\_\_\_ Nombre del consultorio remitente: \_\_\_\_\_

Nombre del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Nombre del consultorio de atención primaria: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

**Si su visita es por una Reclamación de compensación para trabajadores, debe tener una remisión y su visita debe estar preaprobada. Si no incluye esta información deberemos reprogramar la cita.**

¿Su visita está relacionada con un trabajo reciente/accidente automovilístico?  Sí  No

En caso de Sí, fecha de la lesión/accidente: \_\_\_\_\_ Tipo de accidente:  Trabajo  Automovilístico

Descripción del accidente: \_\_\_\_\_

¿Le representa un abogado?  Sí  No Nombre: \_\_\_\_\_ N° de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

#### DECISIONES SOBRE LA SALUD

Persona que toma decisiones relacionadas con la atención médica (Si el paciente está incapacitado):

Nombre/parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_ Legalmente designado:  Sí  No

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ (En caso afirmativo, presentar documentación)

#### ANTECEDENTES MÉDICOS

Motivo principal de la consulta (Describa el motivo de su visita o su dolor más intenso/incapacitante):

¿Cómo y cuándo comenzó el dolor? Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

#### ALERGIAS

¿Tiene alergia a algún medicamento?

Ninguna alergia conocida  ¿Alérgico a mariscos o contraste de radiografía?  Sí  No (describa reacción abajo)

Sí (enumerar medicamentos y reacción)  ¿Alérgico al látex?  Sí  No (describa reacción abajo)

1. \_\_\_\_\_ Reacción a mariscos o contraste de radiografía: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Reacción al látex: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Farmacia: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

#### MEDICAMENTOS

Enumere o solicite al encargado de recepción que copie la lista de medicamentos al momento de registrarse. (Incluya medicamentos sin receta con la dosis).

Medicamento	Dosis (mg)	Frecuencia	Medicamento	Dosis (mg)	Frecuencia

## ANTECEDENTES MÉDICOS

Enumere todas las enfermedades y afecciones importantes que le han diagnosticado (por ejemplo: presión arterial alta, enfermedad cardíaca, diabetes, etc.): \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Enumere las cirugías anteriores y el año

## ANTECEDENTES SOCIALES

- ¿Vive solo(a)?  Sí  No Si respondió **No**, ¿con quién comparte el hogar? \_\_\_\_\_
- ¿Hace ejercicio?  Sí  No Si respondió **Sí**, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_
- ¿Usa productos derivados del tabaco?  Sí  No Si respondió **Sí**, ¿Cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_ Número de años \_\_\_\_\_  
Si respondió **No**, ¿Alguna vez fumó? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo lo dejó? \_\_\_\_\_
- ¿Usa tabaco sin humo?  Sí  No Si respondió **Sí**, ¿Cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_ Número de años \_\_\_\_\_  
Si respondió **No**, ¿Alguna vez fumó? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo lo dejó? \_\_\_\_\_
- ¿Bebe alcohol?  Sí  No Si respondió **Sí**, ¿Cuántas bebidas por día? \_\_\_\_\_ Vino \_\_\_\_\_ Cerveza \_\_\_\_\_ Licor \_\_\_\_\_
- ¿Usa drogas recreativas?  Sí  No Si respondió **Sí**, ¿Cuántas por semana? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_
- ¿Sus creencias religiosas le impiden recibir sangre o productos derivados de la sangre?  Sí  No

## REVISIÓN DE SISTEMAS

¿Ha tenido o tiene problemas con algunas de las opciones mencionadas a continuación?  
(Marque todas las que apliquen a su caso)

- General:**  Fiebre  Escalofríos  Sudor  Fatiga  Aumento/pérdida de peso  Dificultad para dormir
- Cardiovascular:**  Palpitaciones  Dolor en el pecho  Desmayos  Hinchazón de los tobillos  Dificultad para respirar
- Musculoesquelético:**  Hinchazón/Dolor en las articulaciones  Debilidad/Dolor muscular  Trauma/Fracturas
- Respiratorio:**  Tos  Respiración sibilante  Tos con sangre  Dificultad para respirar  Asma
- Neurológico:**  Entumecimiento  Parálisis  Convulsiones  Migrañas/Dolores de cabeza  Pérdida de la memoria
- Gastrointestinal:**  Estreñimiento  Indigestión  Náuseas/Vómitos  Cambio en los movimientos intestinales  Dolor abdominal  
 Heces sanguinolentas  Ictericia
- Hematológico/linfático:**  Se contusiona de manera anormal  Sangrado  Nódulos linfáticos agrandados
- Genitourinario:**  Frecuencia urinaria  Dolor al orinar  Sangre en la orina  Control de vejiga  Dolor pélvico
- Reproductivo:**  Periodo menstrual anormal  Dolor durante el acto sexual  Disfunción sexual  
 Enfermedad de transmisión sexual
- Oídos/nariz/garganta:**  Pérdida auditiva  Dolor de oídos  Zumbido en los oídos  Sangrado nasal
- Piel:**  Sarpullido  Picazón/Sequedad  Úlceras/Llagas  Urticaria  Cambios en la piel
- Ojos:**  Visión borrosa  Ceguera  Secreción/dolor ocular  Sensibilidad a la luz

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Marque todas las opciones aplicables a miembros de su familia.

Relación	Condición	Asma	Problemas con anestesia	Ataxia	Trastorno sanguíneo	Coágulos sanguíneos (DVT)	Cáncer	EPOC	Demencia	Diabetes	Enfisema	Enfermedad cardíaca	Hipertensión	Migrañas	Esclerosis múltiple	Neurofibromatosis	Neuropatía	Osteoporosis	Parkinson	Convulsiones	Accidente cerebrovascular	Enfermedad tiroidea	Úlceras		
Madre	___ Vivo ___ Fallecido																								
Padre	___ Vivo ___ Fallecido																								
Hermana	___ Vivo ___ Fallecido																								
Hermano	___ Vivo ___ Fallecido																								

Otros antecedentes familiares de importancia: