CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales
y formarán parte de su expediente médico.

Nombre *(Apellido, Primero, Inicial del Segundo):* ☐ M ☐ F	**Fecha de Nacimiento:**
Estado Civil: ☐ Soltero/a ☐ En pareja ☐ Casado/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a	
Médico de Cabecera:	**Razón de la Visita:**
Médico remitente:	

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

Anote todos los problemas médicos que otros doctores le hayan diagnosticado

Cirugías		
Año	Motivo	Hospital

Otras internaciones		
Año	Motivo	Hospital

Anote sus medicamentos recetados y de venta libre, como vitaminas e inhaladores		
Nombre del medicamento	Fuerza	Frecuencia con que lo toma

Alergias a medicamentos	
Nombre del medicamento	Reacción que tuvo

CENTER FOR VEIN WELLNESS

HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL

TODAS LAS PREGUNTAS EN ESTE CUESTIONARIO SON OPTATIVAS Y SERAN MANTENIDAS EN ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD.					
Alcohol	¿Bebe alcohol?			☐ Sí	☐ No
	Si lo hace, ¿de qué tipo?		¿Cuántas bebidas por semana?		
Tabaco	¿Usa tabaco?			☐ Sí	☐ No
	☐ Cigarrillos – paquetes/día	☐ Masticable - #/día	☐ Pipa - #/día	☐ Cigarros - #/día	
	☐ # de años	☐ o años que lo dejó			
Drogas	¿Usa drogas recreativas o de la calle, actualmente?			☐ Sí	☐ No
	¿Alguna vez se ha inyectado drogas de la calle con una aguja?			☐ Sí	☐ No

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

	EDAD	PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICATIVOS		EDAD	PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICATIVOS
Padre			**Niños**	☐ M ☐ F	
Madre				☐ M ☐ F	

SÓLO MUJERES

Cantidad de embarazos _____ Cantidad de alumbramientos con vida _____		
¿Está embarazada o amamantando?	☐ Sí	☐ No

OTROS PROBLEMAS (*VERIFIQUE SI TIENE, O HA TENIDO CUALQUIER SÍNTOMA EN LAS SIGUIENTES ÁREAS DE MANERA SIGNIFICATIVA*)

General: ☐ Pérdida o suba de peso ☐ Fatiga ☐ Fiebre o escalofríos ☐ Debilidad

Piel: ☐ Sarpullido ☐ Picazón ☐ Cambios de pigmentación

Respiratorio: ☐ Tos ☐ Esputo ☐ Falta de aliento ☐ Sibilancias

Cardiovascular: ☐ Dolor en el pecho ☐ Palpitaciones ☐ Hinchazón

Gastrointestinal: ☐ Quemazón en el pecho ☐ Sangramiento del Recto ☐ Constipación ☐ Diarrea

Vascular: ☐ Dolor de pantorrilla/s al caminar ☐ Calambres en las piernas ☐ Dolor de Piernas ☐ Hinchazón de piernas
☐ Venas Varicosas ☐ Enrojecimiento / Inflamación

Musculo-esquelético: ☐ Dolor muscular o en las articulaciones ☐ Hinchazón de las articulaciones

Neurológico: ☐ Mareos ☐ Desmayos ☐ Convulsiones ☐ Entumecimientos ☐ Hormigueos ☐ Temblores

Hematológico: ☐ Facilidad para tener moretones ☐ Facilidad para sangrar ☐ Coágulos sanguíneos

Endócrino: ☐ Intolerancia al frío o al calor ☐ Sudoraciones ☐ Orina frecuente ☐ Sed

Enfermedad infecciosa: ☐ VIH/SIDA ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre impreso: _____