

Do not write, stamp, punch holes or affix a sticker in this area.

Direction of Feed

Historial personal / de familia

Favor de contestar todas las preguntas.

To reproduce, follow the printing instructions. Do not fold this form.

Instrucciones

Favor de usar un lápiz #2
Rellenar todo el óvalo como se muestra...



POR FAVOR ANOTE CON LETRA DE MOLDE EL APELLIDO DEL PACIENTE

POR FAVOR ANOTE CON LETRA DE MOLDE EL PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

MES DÍA AÑO

Uso de tabaco

¿Cómo describiría su hábito de fumar cigarrillos?
 actualmente (todos los días) actualmente (algunos días) en el pasado nunca

¿A qué edad empezó a fumar?
 10 20 30 40 50 60 70 80 90
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

¿Si dejó de fumar, a qué edad dejó de fumar?
 10 20 30 40 50 60 70 80 90
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

¿Cuántos cigarrillos fuma o fumaba al día?
 10 20 30 40 50 60 70 80 90
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Ejemplo
Si usted comenzó a fumar a la edad de 21 años, usted debe llenar los óvalos como este.

10 20 30
 1 2 3

¿Cuántos puros o pipas fuma usted por semana?
 ninguno 3-5 <1 6-9 1-2 10+

¿Cuántas latas de tabaco sin humo / de mascar consume a la semana?
 ninguna 1 <1/2 2 1/2 3+

¿Está usted expuesto al humo pasivo (de segunda mano)?
 sí no

Uso de alcohol

Número de veces: nunca 1 2 3

¿Con que frecuencia bebe alcohol?
 4 5 6 7+

Por: semana mes año

(Si usted marcó "nunca", por favor vaya a la sección uso de drogas.)

¿Qué tipo(s) de alcohol consume?
 cerveza vino licor

¿Cuántas bebidas alcohólicas consume por ocasión?
 1-2 3-5 6-9 10+

¿Con qué frecuencia consume más de cinco bebidas alcohólicas por ocasión?
 nunca rara vez de vez en cuando frecuentemente

Consumo de drogas
 ninguna actualmente previamente prefiero hablar con el médico

¿Comportamiento de alto riesgo para VIH?
 sí no prefiero hablar con el médico
 (Factores de riesgo de VIH: Uso de drogas intravenosas, más de una pareja sexual, relaciones sexuales con una prostituta, el contacto sexual sin protección, contacto con equipo de inyección contaminado.)

Hábitos

Tipo(s) de cafeína: café té refrescos / bebidas gaseosas

Cafeína
 de vez en cuando 3-4 nunca 5-6 1-2 7+

Ejercicio
 Tipo(s) de ejercicio: andar en bicicleta correr natación

de vez en cuando 3-4 aeróbico otros

Veces por semana: de vez en cuando 3-4 nunca 5-6 1-2 7+

¿Con qué frecuencia usa el cinturón de seguridad?
 siempre casi siempre de vez en cuando nunca

Exposición al sol:
 de vez en cuando frecuentemente rara vez

Do not write, stamp, punch holes or affix a sticker in this area.

Direction of Feed

Historial personal / de familia

Favor de contestar todas las preguntas.

To reproduce, follow the printing instructions. Do not fold this form.

Su historial médico del pasado

Por favor, indique si **USTED** tiene un historial de los siguientes:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Abuso de alcohol | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Enfermedad mental |
| <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Trastornos de crecimiento / desarrollo | <input type="radio"/> Migrañas |
| <input type="radio"/> Complicaciones anésteas | <input type="radio"/> Ataque del corazón | <input type="radio"/> Osteoporosis |
| <input type="radio"/> Trastorno de ansiedad | <input type="radio"/> Enfermedad del corazón | <input type="radio"/> Cáncer de la próstata |
| <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> Dolor del corazón / angina | <input type="radio"/> Cáncer rectal |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Hepatitis A | <input type="radio"/> Reflujo / ERGE |
| <input type="radio"/> Problemas autoinmunes | <input type="radio"/> Hepatitis B | <input type="radio"/> Ataques / Convulsiones |
| <input type="radio"/> Defectos de nacimiento | <input type="radio"/> Hepatitis C | <input type="radio"/> Alergias severas |
| <input type="radio"/> Problemas de la vejiga | <input type="radio"/> Presión arterial alta | <input type="radio"/> Enfermedad transmitida sexualmente |
| <input type="radio"/> Enfermedades sanguíneas | <input type="radio"/> Colesterol alto | <input type="radio"/> Cáncer de piel |
| <input type="radio"/> Coágulos de sangre | <input type="radio"/> VIH | <input type="radio"/> Embolia |
| <input type="radio"/> Transfusión de sangre | <input type="radio"/> Urticaria | <input type="radio"/> Intento de suicidio |
| <input type="radio"/> Enfermedad inflamatoria intestinal | <input type="radio"/> Enfermedad renal | <input type="radio"/> Problemas de las tiroides |
| <input type="radio"/> Cáncer de mama | <input type="radio"/> Cáncer del hígado | <input type="radio"/> Úlcera |
| <input type="radio"/> Cáncer de cuello uterino | <input type="radio"/> Enfermedades del hígado | <input type="radio"/> Otra enfermedad, cáncer o enfermedades médicas significativas |
| <input type="radio"/> Cáncer de colon | <input type="radio"/> Cáncer de pulmón | <input type="radio"/> Ninguna de las anteriores |
| <input type="radio"/> Depresión | <input type="radio"/> Pulmón / enfermedades respiratorias | |

Historia médica de familia

- Historia de familiar desconocida NINGUNA HISTORIA MÉDICA DE FAMILIA SIGNIFICATIVA
- Madre, abuela o hermana desarrollaron enfermedad cardíaca antes de la edad de 65 años.
- Padre, abuelo o hermano desarrollaron enfermedad cardíaca antes de la edad de 55 años.

Por favor, indique qué miembros de su familia han tenido estas enfermedades:

| | Padre | Madre | Hermano | Hermana | Hijo | Hija |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Abuso de alcohol | <input type="radio"/> |
| Anemia | <input type="radio"/> |
| Complicaciones anésteas | <input type="radio"/> |
| Artritis | <input type="radio"/> |
| Asma | <input type="radio"/> |
| Problemas de la vejiga | <input type="radio"/> |
| Enfermedades sanguíneas | <input type="radio"/> |
| Cáncer de mama | <input type="radio"/> |
| Cáncer de colon | <input type="radio"/> |
| Depresión | <input type="radio"/> |
| Diabetes | <input type="radio"/> |
| Enfermedad del corazón | <input type="radio"/> |
| Presión arterial alta | <input type="radio"/> |
| Colesterol alto | <input type="radio"/> |
| Enfermedad renal | <input type="radio"/> |
| Pulmón / enfermedades respiratorias | <input type="radio"/> |
| Migrañas | <input type="radio"/> |
| Osteoporosis | <input type="radio"/> |
| Cáncer rectal | <input type="radio"/> |
| Ataques / Convulsiones | <input type="radio"/> |
| Alergias severas | <input type="radio"/> |
| Embolia | <input type="radio"/> |
| Problemas de las tiroides | <input type="radio"/> |
| Otros tipos de cáncer | <input type="radio"/> |

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sido molesto por cualquiera de los siguientes problemas?

- Poco interés o placer en hacer las cosas
- Sentirse triste, deprimido o sin esperanza

| | Nunca | Algunos días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Poco interés o placer en hacer las cosas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sentirse triste, deprimido o sin esperanza | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |