GOOD SAMARITAN
HEALTH CLINIC OF PASCO, INC.

**CUESTIONARIO DEL PACIENTE – ¡AMBAS PÁGINAS SON A DOBLE CARA!**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** Fecha de nacimiento: Fecha:

## ** POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS SECCIONES LO MEJOR QUE PUEDA **

## **ESCRIBA N/A EN LAS ÁREAS QUE NO SE APLICAN EN SU CASO **

¿QUÉ TE TRAE A BUEN SAMARITANO (LOS TRES TEMAS PRINCIPALES)?

1. _____
2. _____
3. _____

## ALERGIAS

| TIPO | CAUSA DE LA ALERGIA | ¿Lo que sucede? | ¿Qué tan malo es? (leve, moderado, severo) |
|---|---|---|---|
| DROGA | | | |
| DROGA | | | |
| ALIMENTO | | | |
| ALIMENTO | | | |
| AMBIENTAL | | | |
| | | | |

Use una hoja adicional si es necesario.

## PROBLEMAS MÉDICOS ACTUALES

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## MEDICAMENTOS ACTUALES

***(Traiga botellas de medicamentos a la visita para verificación)***

| Nombre del medicamento | Dosis | ¿Cuántas veces al día? |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

| MIEMBRO DE LA FAMILIA | Condiciones de salud | Vivo / fallecido (Edad a la muerte si está fallecido) |
|---|---|---|
| Madre | | |
| Padre | | |
| Hermano(s) | | |
| Hermana(s) | | |

## HISTORIA SOCIAL

**EL MAS ALTO NIVEL DE EDUCACIÓN**: _____ **¿ACTUALMENTE EMPLEADO?**_____

Si está empleado, ¿qué hace para ganarse la vida?_____

Si está desempleado, ¿cuándo estuvo empleado por última vez y por qué no está trabajando?_____

¿Tiene dificultades de transporte (no puede/no conduce, no posee un vehículo, etc.)?_____

En caso afirmativo, ¿cómo llegas aquí?_____

**ESTADO DE FUMADORES: (Circule uno) Nunca fumó Ex-fumador Fumador actual**

**Fumadores actuales:** ¿Está dispuesto a asistir a la clase gratuita para dejar de fumar de la Clínica? _____

¿Qué edad tenías cuando empezaste a fumar?_____

¿Cuánto fuma y con qué frecuencia (una cajetilla al día, etc.)?_____

Si es ex fumador, ¿cuántos años tenía cuando dejó de fumar?_____

Tipo: (encierre en un círculo todo lo que corresponda) Cigarrillos Cigarros Pipas Dip Vape Otro

**CONSUMO DE ALCOHOL: (Circule uno) Nunca Ocasional Moderado Fuerte**

¿Cuánto bebe y con qué frecuencia (2 tragos por día, etc.)?_____

Empezó a Beber Alcohol (Edad)_____ Dejar de Beber Alcohol: (Edad)_____

Tipo: (circule todo lo que corresponda) Cerveza Vino Licor

**ABUSO DE SUSTANCIAS: (Encierre en un círculo) Nunca usó Ex usuario Usuario actual**

Si es usuario actual o anterior, ¿qué sustancia(s)?_____

¿Qué edad tenías cuando empezaste a consumir?_____

¿Cuánto usas/has usado?_____

**SITUACIÓN DE VIDA ACTUAL: (Circule uno)**

Vive solo Vive con pareja/hijos Vive con los padres Vive con compañero de cuarto Sin hogar

**ESTADO CIVIL: (Circule uno) Soltero Casado Divorciado Separado Viudo**

**IDENTIDAD DE GÉNERO: (Circule uno) Masculino Femenino Transgénero Otro**

**ORIENTACIÓN SEXUAL: (Circule uno) Heterosexual Homosexual Bisexual Indefinido**

**¿Tienes tatuajes? (Un círculo)** Sí No

En caso afirmativo, ¿se realizaron en un centro autorizado? (Un círculo) Sí No

¿Ha sido examinado para la hepatitis C? (Un círculo) Sí No

## ANTECEDENTES MÉDICOS/QUIRÚRGICOS

Grandes eventos/cirugías/accidentes:

| Fecha | Describe |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

**¿IMPLANTES?: (circule uno)** **SÍ** **NO**

En caso afirmativo, tipo?_____

## HISTORIAL MÉDICO

**Marque cada casilla que corresponda: ¿Ha tenido en el pasado o actualmente tiene problemas con:**

| | Ahora | Pasado | | Ahora | Pasado | | Ahora | Pasado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Abuso/violencia doméstica | ____ | ____ | Reflujo ácido/ERGE | ____ | ____ | Anemia | ____ | ____ |
| Ansiedad/depresión | ____ | ____ | Artritis | ____ | ____ | Asma/EPOC | ____ | ____ |
| Problemas de vejiga/riñones | ____ | ____ | Coágulos de sangre | ____ | ____ | Cáncer | ____ | ____ |
| Insuficiencia cardíaca congestive | ____ | ____ | Diabetes | ____ | ____ | Epilepsia/convulsiones | ____ | ____ |
| Heridas en la cabeza | ____ | ____ | Dolor de cabeza/migraña | ____ | ____ | Pérdida de la audición | ___ | ___ |
| Cardiopatía | ____ | ____ | Hipertensión | ____ | ____ | Colesterol alto | ____ | ____ |
| Hipertiroidismo | ____ | ____ | Hipotiroidismo | ____ | ____ | Problemas neurológicos | ___ | ___ |
| Osteoporosis | ____ | ____ | Vascular periférico | ____ | ____ | Ataque | ____ | ____ |
| Problemas dentales | ____ | ____ | enfermedad | | | Vértigo | ____ | ____ |
| Problemas de visión/ojos | ____ | ____ | | | | | | |

**NOMBRE DEL PACIENTE:** Fecha de nacimiento: Fecha:

**Revisión: 3/7/23**