



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