

# ADVANCED HEALTH RESOURCES

## CUESTIONARIO PARA LOS PACIENTES

### Datos personales

Escriba claro por favor

País Nacido: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre \_\_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_\_

# Del Seguro Social \_\_\_\_\_ Soltero o Casado: \_\_\_\_\_

Dirección: Calle \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zip: \_\_\_\_\_

Empleado: \_\_\_\_\_

Dirección de Trabajo: Calle \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Sip: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

# ADVANCED Health Resources

## I-693 CUESTIONARIO MEDICO

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Tiene usted alguna enfermedad crónica? SI                      NO  
 Si contesta si, explique. \_\_\_\_\_

Ha estado Hospitalizado? SI                      NO  
 Si contesta si, explique. \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna operación? SI                      NO  
 Si contesta si, explique. \_\_\_\_\_

Ha tenido chickenpox (varicela)? SI                      NO  
*\*\*Esta enfermedad es normal y por lo general se desarrolla cuando esta pequeño.*

Le han hecho la prueba de la tuberculosis? SI                      NO  
 Si contesta si, se le ha inflamado o enrojecido? SI                      NO  
 Le hicieron Rayos-X despues que le hicieron la prueba de la tuberculosis? SI                      NO  
 Estuvo en tratamiento para la tuberculosis? SI                      NO

Ha salido positivo su examen del VIH? SI                      NO  
 Si contesta si, Cuando le salió positivo? \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna vez una enfermedad venérea? SI                      NO  
 Si contesta si, explique. \_\_\_\_\_

Tiene o ha sufrido depresión mental o alguna enfermedad mental? SI                      NO

Alguna vez ha usado drogas (narcóticos) no prescritos por un doctor? SI                      NO  
 Si contesta si, explique cuanto y conque frecuencia? \_\_\_\_\_  
 Alguna vez ha integrado o le han mencionado acerca de los grupos de abusos de drogas? SI                      NO

Toma usted alcohol? SI                      NO  
 Si contesta si, explique cuanto y conque frecuencia? \_\_\_\_\_  
 Alguna vez ha integrado o le han mencionado de los grupos de Alcohólicos Anónimos? SI                      NO

Ha estado en la cárcel? SI                      NO  
 Si contesta si, explique \_\_\_\_\_

**Esta información es necesaria para ayudar al médico a determinar el estado de salud del paciente. El no proporcionar toda la información relativa a la salud del paciente podría obstaculizar el proceso del examen médico. La información de este formulario se utiliza únicamente para propósitos médicos y administrativos. Ninguno diferente a el médico y/o el personal tendrá acceso a esta información sin su autorización escrita.**

Firma \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Preguntas de Salud

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

Por Favor Marque Uno

¿Es alérgico alguna droga, medicamento, vacuna o a algún componente de la vacuna?

SI                      NO

¿Es alérgico a los huevos, la levadura u otras comidas?

SI                      NO

¿Esta usted tomando alguna clase de medicinas?  
Si la respuesta es si, explique. \_\_\_\_\_

SI                      NO

¿Usted a tenido alguna reacción seria después de recibir alguna vacuna?

SI                      NO

¿Esta enfermo o tiene fiebre el día de hoy?

SI                      NO

¿Usted o alguna persona que vive con usted o alguna persona que cuida, toma cortisona, prednisona, otros esteroides, drogas anticancer, o esta expuesto a tratamiento con rayos X?

SI                      NO

¿Usted o alguna persona que vive con usted o alguna persona que cuida, tiene cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otra enfermedad del sistema inmunológico?

SI                      NO

¿Ha recibido usted alguna transfusión de sangre, plasma, o un medicamento llamado Gamaglobulina inmunológica durante el último año?

SI                      NO

**PARA MUJERES:**

¿Esta usted embarazada?

SI                      NO

¿Esta usted planeando embarazarse en estos tres meses próximos?

SI                      NO

¿Le esta dando el pecho a su bebe?

SI                      NO

¿Trajo su tarjeta de vacunación?

SI                      NO

Es importante que usted tenga un record de sus vacunas. Si usted no tiene una tarjeta, pídale a su medico o enfermera que le dé una. Traiga esta tarjeta a sus citas en la clínica. Asegúrese que su archivo medico contenga información a cerca de las vacunas.

Autorización para dar vacunas: Me han explicado y entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna(s) que voy a recibir. Me han dado la oportunidad de preguntar de las vacunas en las páginas que me dieron con la información. Doy mi autorización para las siguientes vacunas:

- Polio     MMR     Tet/diphth     Varicela     Hep A     Hep B     Influenza  
 Neumonía     HPV (Human Papilloma Virus)     Varicela     Meningitis     Zoster  
 PPD TB skin test

Esta información es necesaria para ayudar al médico a determinar el estado de salud del paciente. El no proporcionar toda la información relativa a la salud del paciente podría obstaculizar el proceso del examen médico. La información de este formulario se utiliza únicamente para propósitos médicos y administrativos. Ninguno diferente a el médico y/o el personal tendrá acceso a esta información sin su autorización escrita.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Paciente o pariente

Firma de Testigo

Fecha	Vacuna	Manufacturero	Lote #	Dose/Route	Injection Site	Exp. Date