

## Cuestionario de físico

1. Por favor, indique cualquier otros medicos/especialidades médicas que usted ha visto.

\_\_\_\_\_

2. Por favor, indique todos sus problemas médicos:

\_\_\_\_\_

3. Por favor liste todos los medicamentos que está tomando dosis y cuántas veces al día.

\_\_\_\_\_

4. Si usted tiene alergias a medicamentos por favor indique el medicamento y lo que ocurrió.

\_\_\_\_\_

5. Lista de todas las hospitalizaciones incluyendo la fecha y motivo de la hospitalización.

\_\_\_\_\_

6. Lista de todas las cirugías previas, incluyendo la fecha.

\_\_\_\_\_

7. ¿Fuma actualmente? (circule uno) Sí No

- Si sí ¿cuántos pack/cigarrillos fumas al día? \_\_\_\_\_
- ¿Quieres hablar de dejar de fumar hoy (circule uno)? Sí No

¿8. Usted es un ex fumador? Sí No

- Si sí ¿en qué año empezaste y qué año lo hizo salir? \_\_\_\_\_

9. ¿Bebe alcohol?

- Número promedio de bebidas \_\_\_\_, (círculo uno) Dias Semana Mes

10. ¿Estás tratando de perder peso o desea ayuda con la pérdida de peso (círculo uno)? Sí No

¿11. Tiene la vacuna contra la culebrilla? ¿Si es así, cuando? \_\_\_\_\_

¿12. Tiene la vacuna contra la neumonía? ¿Si es así, cuando? \_\_\_\_\_

¿13. Tiene la vacuna contra la influenza? ¿Si es así, cuando? \_\_\_\_\_

¿14. Aproximadamente Cuándo fue tu última colonoscopia (quien completo el examen)?

\_\_\_\_\_

**Please Turn Over**



¿15. Si es mujer, cuando fue su última PAP smear y mamografía? ¿Los resultados fueron normales? \_\_\_\_\_

16. ¿Tienes antecedentes familiares de cáncer de colon, cáncer de mama o cáncer de ovario? ¿Si es así, quién y a qué edad fue diagnosticado? \_\_\_\_\_

¿17. Ha tenido alguna vez una densidad de hueso (cuando) o ha sido diagnosticado con osteoporosis? \_\_\_\_\_

**18. Por favor circule cualquiera de los siguientes que usted puede tener dificultad para hacer o necesita ayuda para hacer:**

**Usando el Teléfono Transportación Llenado de compras Preparando Comida  
Quehaceres Lavando ropa Tomando medicamento Escuchando**

**19. Detección de riesgo de caídas (círculo sí o no para cada pregunta):**

¿Se ha caído dos o más veces en los últimos doce meses?

Sí No

¿Se has caído y lastimado a sí mismo desde su última visita?

Sí No

¿Tienes miedo de caer debido a problemas de equilibrio, caminar?

Sí No

**20. Detección para la depresión (Circule una respuesta para cada pregunta):**

¿En las últimas dos semanas se ha sentido desanimado, o sin esperanza?

No Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

¿En las últimas dos semanas ha tenido poco interés o placer en hacer las cosas?

No Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

**21. circule cuál de los siguientes síntomas que ha experimentado durante el pasado mes. Se evaluará cada síntoma circulado en su cita anual de física:**

**General / constitucional:** Fatiga, aumento de peso, pérdida de peso

**Alergia e Inmunología:** Congestión, estornudos, ojos llorosos

**Oftalmológica:** Visión borrosa, problemas visuales, estrellas de luz en la vista, partículas flotantes en la vista

**ENT:** Disminución de audición, dificultad para tragar, zumbido en los oídos, dolor de garganta, inflamación de las glándulas

**Please Turn Over**



**Endocrino:** Intolerancia al frío, sudoración excesiva, sed excesiva, intolerancia al calor

**Respiratoria:** Tos, dificultad para respirar con esfuerzo, pitillo al respirar

**Pecho:** Descarga sangrienta del seno, dolor en los senos , hinchazón, secreción del pezón del seno

**Cardiovasculares:** Dolor en el pecho, dificultades para permanecer plana, fluido acumulado en las piernas, latidos cardíacos irregulares, palpitaciones

**Gastrointestinal:** Dolor abdominal, sangre en el excremento, estreñimiento, ardor de estómago, náuseas, vómitos

**Hematología:** Moretones fácil, inflamación de las glandulas

**Mujeres:** Sangrado durante la menstruación, flashes calientes, menstruación Irregular, periodos perdidos , dolor con reccion sexual, menstruación dolorosa, Vaginal sangrado entre períodos, descarga/picazón Vaginal

**Hombres solo:** Dificultad para iniciar la orina, goteo después de orinar, testículo duro, Hernia, tumor en la ingle, secreción del pene, dolor testicular, inflamación testicular.

**Genitourinarias:** Sangre en la orina, orinación frecuente, orinación dolorosa

**Músculo-esquelético:** Articulaciones dolorosas

**Vascular periférica:** Dolor/calambres en las piernas después de un esfuerzo, extremidades dolorosas

**Piel:** Lunares, erupción (comezón), historia de cáncer de piel

**Neurológica:** dificultad con equilibrio oh balance, mareos, dolor de cabeza, pérdida de memoria, Adormecimiento / entumecimiento, temblores

**Psiquiátricos:** Ansiedad, estado de ánimo depresivo, dificultad para dormir

\*\*\*\*\***Por favor Lea**\*\*\*\*\*

Intentamos ser rigurosos en cada visita al consultorio para darle la mejor atención médica. Completando este formulario nos ayudará a alcanzar esa meta. En su examen físico el médico puede ordenar revisión adicional o pruebas de diagnóstico basadas en el examen y la historia médica. Nuestro personal trabaja muy duro y hace su mejor esfuerzo para obtener las pruebas necesarias cubiertas por su seguro, sin embargo si usted tiene alguna preocupación con su cuenta con cobertura de seguro por favor llame a nuestro Departamento de cuentas (702-616-9471) y haremos nuestro mejor esfuerzo para ayúdale.

Yo \_\_\_\_\_ entiende lo anterior y acepta responsabilidad financiera para futuras consultas y exámenes de diagnóstico.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_