

Cuestionario médico de paciente nuevo

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

INDICAR los motivos de la consulta de hoy.

1. _____

Vacunas:	Sí	No	(En caso afirmativo, indique cuándo)
¿Se ha aplicado la vacuna antigripal esta temporada de gripe?			
¿Se ha aplicado la vacuna antineumocócica?			

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

Alergias a los medicamentos:

Historial médico pasado	SÍ	NO	NOTAS
Ataque cardíaco			
Accidente cerebrovascular/AIT			
Hipertensión arterial			
Colesterol alto			
Problemas de tiroides			
Insuficiencia renal			
Arteriopatía coronaria			
Enfermedad vascular periférica			
Cáncer			
Diabetes			
TVP			
EPOC			
Trastornos hematológicos			

Procedimientos	Sí	No	Año	Notas
Cateterismo cardíaco/angioplastia/stent				
Marcapasos/desfibrilador				
Catéteres previos para hemodiálisis				
Fístula anterior				
Injerto anterior				
Amputaciones. En caso afirmativo, indique dónde.				

Cuestionario médico de paciente nuevo

Cirugías/internaciones	Año
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Antecedentes médicos familiares	Vínculo	En caso de fallecimiento, indique la fecha de la muerte
Cardiopatía		
Accidente cerebrovascular		
Hipertensión arterial		
Colesterol alto		
Tuberculosis		
Enfermedad renal		
Enfisema		
Cáncer		

Antecedentes sociales
Estado civil: Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Soltero/a
Tabaquismo: ¿Fumó alguna vez? Sí No Actualmente fuma _____ atados por día.
Alcohol: ¿Toma alcohol? Sí No Cuántos vasos a la semana _____ de vino cerveza licor
Cafeína: ¿Toma cafeína? Sí No
Ejercicio: ¿Hace ejercicio? Sí No Cuántas veces a la semana _____

Revisión de los sistemas (marque todos los que correspondan)	Sí	No
Cardiovascular: Latidos irregulares/palpitación. Hinchazón en los pies, los tobillos o las manos.		
General: Cambios de peso. Fatiga. Dificultad para dormir.		
Hematológico: Susceptibilidad a la formación de moretones. Sangrado frecuente. Anemia.		
Osteomuscular: Rigidez del músculo de la pierna. Debilidad de los músculos de la pierna. Dificultad para caminar.		
Neurológico: Dolores de cabeza. Entumecimiento/cosquilleo. Visión borrosa. Mareos. Pérdida de la memoria.		
Respiratorio: Disnea. Tos. Ronquidos.		
Cutáneo: Eccema. Picazón frecuente. Erupción.		
Urinario: Con ardor. Hemorrágico. Doloroso. Frecuencia. Urgencia. Infecciones.		
Psiquiátrico: Estrés/depresión crónica. Cambios de humor. Irritabilidad.		
Gastrointestinal: Náuseas/vómitos. Constipación/diarrea. Sangre en las deposiciones.		
Oídos, nariz y garganta: Zumbido en el oído. Problemas auditivos. Sangrados nasales frecuentes.		
Ocular: Cambios en la visión.		

Proporcione la historia clínica anterior y verifique que sea precisa y completa.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____