

**CUESTIONARIO SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE  
PATIENT HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE**



La siguiente información es muy importante para su plan de atención. Tómese el tiempo necesario para completar totalmente esta información importante. Contamos con usted. Complete todas las secciones. No deje espacios sin llenar.

The following information is very important to your plan of care. Please take time to fully and completely fill out this important information. We are counting on you. Please complete every section. Do not leave any blanks.

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE LA CITA:** \_\_\_\_\_  
**NAME:** \_\_\_\_\_ **DATE OF BIRTH:** \_\_\_\_\_ **AGE:** \_\_\_\_\_ **APPT DATE:** \_\_\_\_\_

**Altura:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** M F  Diestro  
**Height:** \_\_\_\_\_ **Weight:** \_\_\_\_\_ **Sex:**  Right hand dominant  
 Surdo  Left hand dominant

**ESTADO CIVIL:** Soltero Casado Viudo Divorciado  
**MARITAL STATUS:** Single Married Widowed Divorced

**OCUPACIÓN:** \_\_\_\_\_  
**OCCUPATION:** \_\_\_\_\_

**MÉDICO DE CABECERA:** \_\_\_\_\_ **MÉDICO SOLICITANTE:** \_\_\_\_\_  
**FAMILY DOCTOR:** \_\_\_\_\_ **REQUESTING DOCTOR:** \_\_\_\_\_

**OTROS MÉDICOS TRATANTES:** \_\_\_\_\_  
**OTHER TREATING PHYSICIANS:** \_\_\_\_\_

**SU HISTORIA CLÍNICA – Por favor, marque todas las líneas  
YOUR MEDICAL HISTORY – Please mark every line**

**¿PADECE AHORA O HA PADECIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?  
DO YOU HAVE NOW OR HAVE YOU EVER HAD ANY OF THE FOLLOWING?**

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>Comentarios</b>		<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>Comentarios</b>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Acidez estomacal/Reflujo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anemia				Heartburn/Reflux			
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hepatitis/Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anxiety				Hepatitis/Liver Disease			
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma				High Blood Pressure			
Trastorno de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Back Disorder				High Cholesterol			
Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blood Clots				Kidney Disease			
Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bleeding Disorder				Lung Disease			

<b>Sangre en la orina</b> Blood in Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Enfermedad psiquiátrica</b> Psychiatric Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Cáncer (Lugar)</b> Cancer (Location)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Infección grave/EDRM</b> Serious Infection/MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Cambio hábitos intestinales</b> Change Bowel Habits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Neuropatía</b> Neuropathy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Colitis/Colon irritable</b> Colitis/Irritable Bowel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Osteoporosis</b> Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Dolor/Angina de pecho</b> Chest Pain/Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Problemas de próstata</b> Prostate Problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Tos con sangre</b> Coughing Blood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Hemorragia rectal</b> Rectal Bleeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Depresión</b> Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Disnea</b> Shortness of Breath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Diabetes</b> Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Apnea del sueño</b> Sleep Apnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Enfisema</b> Emphysema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Accidente cerebrovascular</b> Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Epilepsia/Convulsiones</b> Epilepsy/Seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Inflamación o dolor en las articulaciones</b> Swollen or Painful Joints	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Enfermedad de la vesícula biliar</b> Gallbladder Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Enfermedad de tiroides</b> Thyroid Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Gota</b> Gout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Enfermedad/Stents vasculares</b> Vascular Disease/Stents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Desmayo</b> Fainting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Enfermedad venérea/ETS</b> Venereal Disease/STD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Soplo cardíaco</b> Heart Murmur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>VIH/SIDA</b> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Ataque cardíaco</b> Heart Attack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Artritis reumatoidea</b> Rheumatoid Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Insuficiencia cardíaca/ICC</b> Heart Failure/CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Heridas que no cicatrizan</b> Wounds Not Healing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Arritmia cardíaca</b> Irregular Heart Rate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Susceptibilidad a moretones</b> Easy Bruising	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Marcapasos/Desfibrilador</b> Pacemaker/Defibrillator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Úlceras</b> Ulcers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Otros:** \_\_\_\_\_  
**Other**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
**NAME:**

**ALERGIAS A DROGAS o REACCIONES ADVERSAS:**  NO  SÍ – Menciónelas: \_\_\_\_\_  
**DRUG ALLERGIES or ADVERSE REACTIONS:** Please list:

**SI ES ALÉRGICO A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES, MÁRQUELO CON UN CÍRCULO:**  
**IF YOU ARE ALLERGIC TO ANY OF THE FOLLOWING, PLEASE CIRCLE:**

<b>MARISCOS</b> <b>SHELLFISH</b>	<b>CONTRASTE RADIOPACO</b> <b>X-RAY DYE</b>	<b>CARNE DE AVE</b> <b>POULTRY</b>	<b>LÁTEX*</b> <b>LATEX</b>	<b>NÍQUEL</b> <b>NICKEL</b>
<b>YODO</b> <b>IODINE</b>	<b>HUEVOS</b> <b>EGGS</b>	<b>PLUMAS</b> <b>FEATHERS</b>	<b>METAL</b> <b>METAL</b>	

**Si es alérgico, ¿cuál fue su reacción?** \_\_\_\_\_  
**If allergic, what was your reaction?** \_\_\_\_\_

**MENCIONE TODOS LOS MEDICAMENTOS Y COMPLEMENTOS. Por favor, incluya la dosis:**  NINGÚN medicamento  
**LIST ALL MEDICATIONS AND SUPPLEMENTS. Please include dosage:** No Medications

**¿Toma anticoagulantes?**  NO  SÍ  
**Do you take blood thinners?**

**MEDICAMENTOS CON RECETA:** \_\_\_\_\_  
**PRESCRIPTION MEDICATIONS:**

**MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE:** \_\_\_\_\_  
**OVER THE COUNTER MEDICATIONS:**

**VITAMINAS O COMPLEMENTOS:** \_\_\_\_\_  
**VITAMINS OR SUPPLEMENTS:**

**SU HISTORIA CLÍNICA (Continuación) – Por favor, marque todas las áreas**  
**YOUR MEDICAL HISTORY Continued – Please mark every area**

	<b>Año</b> <b>Year</b>	<b>Hospital</b> <b>Hospital</b>
<b>HOSPITALIZACIONES:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Explique por favor) <b>HOSPITALIZATIONS:</b> (Please explain)		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<b>CIRUGÍA (TIPO):</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Explique por favor) <b>SURGERY (TYPE)</b> (Please explain)		
_____	_____	_____
_____	_____	_____

NOMBRE: \_\_\_\_\_

NAME:

**ANTECEDENTES FAMILIARES – Por favor, marque todas las áreas**  
**FAMILY HISTORY – Please mark every area**

Tiene antecedentes <b>FAMILIARES</b> de: Do you have a <b>FAMILY</b> history of:	SÍ	No	Comentarios Comments
Cáncer (Lugar _____) Cancer (Location)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad cardíaca Heart Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Presión arterial alta High Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Accidente cerebrovascular Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de tiroides Thyroid Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hipertermia maligna Malignant Hyperthermia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otras enfermedades Other Diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Coágulos de sangre/Hemopatías (Factor V), etc. Blood Clots/Blood Diseases (Factor V), etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**ANTECEDENTES SOCIALES – Por favor, marque todas las áreas**  
**SOCIAL HISTORY – Please mark every area**

SUS HÁBITOS PERSONALES: Usted... YOUR PERSONAL HABITS: Do you...	SÍ	NO	Si la respuesta es SÍ, explique: If YES, please explain:
¿Fuma? / ¿Consume algún producto del tabaco? Si alguna vez lo hizo, ¿cuándo lo abandonó? Smoke? / Use any tobacco products? If ever, when did you stop?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuánto? _____ How much? _____
¿Consume alcohol? ¿En alguna época consumió alcohol en exceso? Use alcohol? Were you ever a heavy drinker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuánto? _____ How much? _____
¿Consume drogas ilegales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Use illegal drugs?

**REVISIÓN DE SISTEMAS – Por favor, marque todas las áreas**  
**REVIEW OF SYSTEMS – Please mark every area**

¿Recientemente se ha sentido molesto por alguno de los siguientes síntomas?  
 Have you recently been troubled with any of the following symptoms?

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>		<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>Visión doble/borrosa</b> <b>Double/Blurred Vision</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Indigestión</b> <b>Indigestion</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ronquera</b> <b>Hoarseness</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ictericia</b> <b>Jaundice</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hemorragia nasal</b> <b>Nosebleeds</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Vómito con sangre</b> <b>Vomited Blood</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Arritmia cardíaca</b> <b>Irregular Heartbeat</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Disminución de la orina</b> <b>Decreased Urine</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dolor/Presión en el pecho</b> <b>Chest Pain/Pressure</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Pus en la orina</b> <b>Pus in Urine</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tos</b> <b>Cough</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Dolor al orinar</b> <b>Pain while Urinating</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mareo</b> <b>Dizziness</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Dolor en la espalda</b> <b>Back Pain</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Inflamación de los pies*</b> <b>Swelling of Feet</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Dolor en las articulaciones</b> <b>Joint Pain</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Disnea*</b> <b>Shortness of Breath</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Dolor de piernas</b> <b>Leg Pain</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ansiedad</b> <b>Anxiety</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Parálisis</b> <b>Paralysis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Respiración sibilante</b> <b>Wheezing</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Heces negras o alquitranadas</b> <b>Black or Tarry Stools</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dolor abdominal</b> <b>Abdominal Pain</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Desmayo</b> <b>Fainting</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sangre en las deposiciones</b> <b>Blood in Stools</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Cefaleas</b> <b>Headaches</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cambio en los movimientos</b> <b>intestinales</b> <b>Change in BMs</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Depresión/Preocupación</b> <b>Depression/Worry</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Estreñimiento</b> <b>Constipation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Dificultad para tragar</b> <b>Difficulty Swallowing</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diarrea</b> <b>Diarrhea</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**A mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera y correcta.  
The above information is true and correct to the best of my belief.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente (padre / tutor legal de un paciente menor de edad)/Fecha  
Patient Signature (Parent or Guardian for Minor)/Date**

\_\_\_\_\_  
**Firma del médico/Fecha  
Physician Signature/Date**

**INICIALES DEL ASISTENTE CLÍNICO/REVISOR: \_\_\_\_\_  
CLINICAL ASSISTANT/REVIEWER INITIALS:**