

Cuestionario de evaluación de la salud

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Explique cualquier respuesta de "Sí"

Historial médico registrado

He tenido / recibido:

Sí

No

(problema – quién lo trató – cuándo)

- | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Problemas de los ojos, los oídos, la nariz, la garganta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Mareo, desmayo, pérdida del conocimiento, convulsiones, apoplejía, parálisis, dolores de cabeza / jaquecas frecuentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Una lesión en la cabeza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Bronquitis, asma, enfisema, tuberculosis u otro problema persistente del pecho o los pulmones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Alta presión, dolores en el pecho, ataque al corazón / infarto, fiebre reumática, soplo en el corazón u otro problema del corazón o los vasos sanguíneos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Úlcera, hernia, colitis, sangrado intestinal u otro problema del estómago, los intestinos, el hígado o la vesícula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Problemas de los riñones, la vejiga, la próstata, los órganos reproductivos o una enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Problemas de diabetes, de la tiroides, la pituitaria, las suprarrenales u otros problemas de las glándulas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Artritis, dolor lumbar bajo u otros problemas de la columna vertebral, la espalda o las articulaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Pérdida o parálisis de una extremidad u otra parte del cuerpo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Tumores, leucemia o cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Alergias _____, anemia, problemas de la piel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 13. | Problemas mentales o emocionales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Problemas con la lectura, la aritmética, la escritura o el habla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Problemas con el alcohol o las drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Tratamiento por algún problema psicológico o mental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Recetas de medicinas o medicamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Un soporte, una prótesis, un dispositivo auditivo u otro aparato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mis expedientes médicos recientes se pueden obtener de:

Nombre del médico / hospital: _____

Dirección: _____

Fecha de mi último examen físico: _____ Razón: _____

Certifico que, a mi entender, toda la información que he ofrecido es cierta y está correcta y completa.

Firma del usuario

Fecha

Firma del consejero

Fecha