

BRISTOL PARK

MEDICAL GROUP

HEALTH QUESTIONNAIRE IN SPANISH

NOMBRE _____ EDAD _____ FECHA _____

HISTORIA DE ENFERMEDADES PASADAS (ha tenido): NUMERO DE EXPEDIENTE MEDICO # _____

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>INSEGURO</u>		<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
SARAMPIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HA ESTADO EN EL HOSPITAL O BAJO CUIDADO MEDICO POR MUCHO TIEMPO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAPERAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI HA ESTADO, POR QUE MOTIVO? _____		
VIRUELA LOCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HA TENIDO GOLPES O HERIDAS EN LA CABEZA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMBOLIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HA TENIDO ALGUN GOLPE QUE LO HAYA DEJADO INCONCIENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CANCER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
FIEBRE REUMATICA O ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OPERACIONES:		
ENFERMEDAD VENEREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HA TENIDO OPERACIONES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEFECTOS DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POR FAVOR DESCRIBALAS _____		
OTRAS ENFERMEDADES GRAVES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
LISTA _____						

HISTORIA FAMILIAR	SI VIVE		SI YA NO VIVE		HA HABIDO EN SU FAMILIA	YES	NO
	EDAD	SALUD	EDAD	AL MORIR-Y CAUSA			
PADRE					CANCER		
MADRE					TUBERCULOSIS		
HERMANOS					DIABETES		
					ENFERMEDAD DEL CORAZÓN		
					PRESIÓN ALTA		
ESPOSO/A					EMBOLIA		
HIJOS					ATAQUES		
					SUICIDIO		
					ENFERMEDAD MENTAL		
					FÁCIL SANGRADO		
					GOTA U OTRO ARTRITIS		
					PROBLEMAS DE ALCOHOLO DROGAS		

HISTORIA SOCIAL: SOLTERO CASADO SEPARADO DIVORCIADO VIUDO

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>		<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
VIVE SOLO/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALGUNA VEZ LO HA FASTIDIADO QUE LA GENTE LO CRITIQUE POR QUE TOMA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIENE DEPENDIENTES EN CASA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TIENE EMPLEO? <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TIEMPO MEDIO		
HACE EJERCICIO REGULARMENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUAL ES SU TRABAJO? _____		
FUMA CIGARRILLOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUANTOS AÑOS DE EDUCACIÓN TIENE? _____		
CUANTOS PAQUETES AL DIA? _____			CUANTO TIEMPO DE TRABAJO HA PERDIDO EN EL PASADO POR MOTIVOS DE SALUD?		
HA FUMADO ALGUNA VEZ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MÁS DE SEIS MESES: _____		
ALGUNA VEZ A SENTIDO QUE DEBE TOMAR MENOS ALCOHOL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MÁS DE UN AÑO: _____		
			MÁS DE CINO AÑOS: _____		

REVISION DE SISTEMAS (PADECE USTED ALGO DE LO QUE)

GENERAL:	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	CABEZA-OJOS-OIDOS-NARIZ-GARGANTA: (cont'd)	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
RECIENTE CAMBIO DE PESO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTORNUDOS O GOTEO DE NARIZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIEL:	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	SANGRADO DE LA NARIZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICTERICIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SINUSITIS CRONICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
URTICARIA, ECZEMA O SARPULLIDO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DEL OIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFECCIONES FRECUENTES O FURUNCULOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIFICULTAD PARA OIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIGMENTACIÓN ANORMAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COMEZON EN LOS OJOS O NARIZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CABEZA-OJOS-OIDOS-NARIZ-GARGANTA:	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	EPIODIO PASAJERO DE PERDIDA DEL CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENFERMEDAD O HERIDAS EN LOS OJOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MAREOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USA ANTEOJOS/LENTES DE CONTACTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUELLO:	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
VISIÓN DOBLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIFICULTAD PARA MOVERLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLORES DE CABEZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMA CON LA TIROIDES O BOCIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GLAUCOMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GLANDULAS CRECIDAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(VOLTEE LA HOJA)

RESPIRATORIO: SÍ NO
 ESCUPE SANGRE?
 TOS CRÓNICA O FRECUENTE
 ASMA/SILBIDO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR
 PLEURESIA O NEUMONIA

CARDIOVASCULAR: SÍ NO
 DOLOR DE PECHO/ANGINA PECTORIS O ATAQUE AL
 CORAZÓN
 FALTA DE RESPIRACIÓN
 ALTA PRESIÓN DE LA SANGRE
 HINCHAZÓN DE MANOS, PIES O TOBILLOS
 SOPLO CARDÍACO/PALPITACIONES

GASTROINTESTINAL: SÍ NO
 ÚLCERA PEPTICA (ESTOMAGO/DUODENAL)
 ACEDIA/INDIGESTIÓN
 VOMITA SANGRE O COMIDA
 ENFERMEDAD DE LA VESÍCULA BILIAR
 PROBLEMAS DEL HIGADO/HEPATITIS
 DOLOR/SANGRE AL OBRAR
 HEMORROIDES/ALMORRANAS
 EXCREMENTO NEGRO
 CAMBIO EN LOS HABITOS DE OBRAR (DIARREA, ETC.)
 CALAMBRES O DOLOR EN EL ABDOMEN
 SE LE PEGA LA COMIDA EN LA GARGANTA

GINECOLOGICO (FEMALE ONLY):
 EDAD QUE COMENZO A MENSTRUAR _____
 DURACIÓN DE SU MENSTRUACIÓN _____ DÍAS
 FRECUENCIA DE SU MENSTRUACIÓN _____ DÍAS
 NUMERO DE EMBARAZOS _____
 NUMERO DE EMBARAZOS NO LOGRADOS/ABORTOS _____
 FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN DE CANCER _____ RESULTADO _____
 FECHA DEL ÚLTIMO MAMOGRAMA _____ RESULTADO _____

GENITOURINARIO: SÍ NO
 SE LE SALE LA ORINA
 FRECUENCIA CON QUE ORINA (DIA NO NOCHE)
 ARDOR O DOLOR AL ORINAR
 SANGRE EN LA ORINA
 PROBLEMA CON LOS RIÑONES (PIEDRAS, ETC)

LOCOMOTOR - MUSCULOESQUELETICO: SÍ NO
 VENAS VARICOSAS
 ALGUNA DIFICULTAD PARA CAMINA
 ALGUN DOLOR EN LAS PANTORRILLAS O SENTADERAS AL
 CAMINAR QUE SEA ALIVIADO AL DESCANSAR

NEUROLOGICO: SÍ NO
 HA TENIDO DESMAYOS
 CONVULSIONES
 PARALISIS

HEMATOLOGICO: SÍ NO
 SANA DESPACIO DE LAS CORTADAS?
 ENFERMEDAD DE LA SANGRE
 ANEMIA
 FLEBITIS
 SANGRADO EXCESIVO O CONTUSION ANORMAL?

ENDOCRINO: SÍ NO
 ENFERMEDAD DE LA TIROIDE
 TERAPIA DE HORMONAS
 ALGUN CAMBIO EN TALLA DE SOMBRERO O GUANTES
 ALGUN CAMBIO EN EL CRECIMIENTO DEL CABELLO
 LE DA MAS FRIO QUE ANTES, O LA PIEL SE LE HA
 PUESTO MAS SECA

PSIQUIATRICO: SÍ NO
 ALGUNA VEZ LE HAN ACONSEJADO QUE BUSQUE O HA
 BUSCADO TRATAMIENTO PARA DEPRESION
 ANSIEDAD Y/O PANICO
 PRESION SEVERA
 ABUSO DE ALCOHOL Y/O DROGAS

POR FAVOR LISTE TODAS LAS ALERGIAS (MEDICAMENTOS, ALIMENTOS, ANIMALES, ETC.):

FIRMA DEL PACIENTE _____ **FECHA** _____

CUESTIONARIO REVISADO POR: _____ **FECHA** _____
 (MEDICO PROVEEDOR)

**POR FAVOR NOTE QUE NO ACEPTAMOS MEDI-CAL NI M.S.I.
PACIENTE QUE RECIBE CONSULTA HOY**

NOMBRE: _____
APELLIDO PATERNO NOMBRE APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ SEXO: _____

ESTADO CIVIL: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a Pareja doméstica

DIRECCION RESIDENCIAL: _____

TELÉFONO: () _____ N° DE LICENCIA PARA CONDUCIR: _____
CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL

EMPLEADOR: _____ N° DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR: _____

DIRECCION DEL TRABAJO: _____
CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL

SI EL PACIENTE ES ESTUDIANTE DE DIA COMPLETO Y TIENE 19 AÑOS DE EDAD O MÁS, DAR EL NOMBRE Y DOMICILIO DE LA ESCUELA:

NOMBRE DE LA ESCUELA DOMICILIO

PARTE RESPONSABLE (Padre o madre o tutor legal que reside con el paciente)

NOMBRE: _____
APELLIDO PATERNO NOMBRE APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ SEXO: _____

ESTADO CIVIL: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a Pareja doméstica

DIRECCION RESIDENCIAL: _____

TELÉFONO: () _____ N° DE LICENCIA PARA CONDUCIR: _____
CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL

EMPLEADOR: _____ N° DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR: _____

DIRECCION DEL TRABAJO: _____
CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL

CÓNYUGE DE LA PARTE RESPONSABLE/ENCASO DE EMERGENCIA PARENTESCO

NOMBRE DEL CÓNYUGE: _____

EMPLEADOR DEL CÓNYUGE: _____

DIRECCION DEL TRABAJO: _____
CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL

N° DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR: _____

POR FAVOR FIRME ESTE FORMULARIO Y DEVUELVALO AL(A) RECEPCIONISTA:

Yo/Nosotros, por medio de la presente, consentimos y autorizamos que el personal de Bristol Park Medical Group, Inc. proporcione todos los tratamientos médicos, cirugía y servicios médicos de salud mental que consideren recomendables. Yo, por medio de la presente certifico que, en el mejor de mi conocimiento, todas las declaraciones contenidas en este formulario son verdaderas. Entiendo que soy directamente responsable de todos los gastos incurridos por servicios médicos prestados a mí y a mis dependientes, sin importar los riesgos incluidos del seguro, excluyendo solamente los servicios con riesgos autorizados proporcionados bajo un contrato HMO prepagado vigente.

Además, estoy de acuerdo con pagar los intereses legales, gastos por cobranza y los honorarios de abogados que se incurran al tratar de cobrar las cantidades que yo deba. También, por medio de la presente autorizo a Bristol Park Medical Group, Inc. a divulgar la información que una compañía de seguros y/o su representante soliciten.

iniciales Yo autorizo a Bristol Park Medical Group, Inc. a que, por medio de los programadores de citas deje mensajes en mi aparato de contestación relacionados con la fecha y hora de mis citas de atención a la salud médicas y de conducta.

iniciales Yo entiendo completamente que este acuerdo y consentimiento continuará hasta que yo lo cancele por escrito.

iniciales POR MEDIO DE LA PRESENTE SE DA AUTORIZACIÓN A BRISTOL PARK MEDICAL GROUP, INC. PARA QUE PROPORCIONE EL TRATAMIENTO MÉDICO, QUIRÚRGICO O DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO A CUALQUIER MENOR DE EDAD DEL CUAL SOY PADRE O MADRE O TUTOR LEGAL.

FIRMA: _____ DIA: _____

IMPRIMIR NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____

.....**SÓLO PARA USO DE LA OFICINA**.....

MEDICAL RECORD#: _____ LOCATION: _____ DATE: _____ BY: _____

CHART LOCATION: _____ OFFICE LOCATION: _____