

Appt with Dr. _____

Referred by: _____

McHenry Medical Group

1541 Florida Avenue, Suite 200
 Modesto, California 95350
 Telephone 209-577-3388

Nombre: _____

Paciente #: _____

La fecha: _____

CUESTIONARIO DE SALUD
Surgery Department Intake Form - Spanish

Who is your primary care doctor? ¿Quién es su doctor primario?	Referred to surgeon by: ¿Quién lo refirió?:
Names of other doctors you see: Nombres de otros doctores que ve:	
Reason for visit: Razón de su visita:	

List all allergies to medications or foods and your reaction:

Apunte cualquier alergia a algún medicamento o comida:

ALERGIA	Reacción

ALERGIA	Reacción

List all medications you are taking — prescription and over the counter:

Apunte todas las medicinas que ésta tomando:

Nombre de MEDICAMENTOS	Dosis	Frecuencia

Nombre de MEDICAMENTOS	Dosis	Frecuencia

HISTORIA MÉDICA—Marque lo que aplique (Current and Past Medical History—Check all that apply)

	Sí	No
Asma (<i>asthma</i>)		
Enfermedad crónica de los pulmones (<i>COPD</i>)		
Diabetes (<i>diabetes mellitus</i>)		
Alta presión (<i>hypertension</i>)		
Enfermedad de las arterias coronarias (<i>CAD</i>)		
Ataque cardíaco (<i>heart attack, acute MI</i>)		
Derrame cerebral (<i>stroke</i>)		
Osteoporosis (<i>osteoporosis</i>)		
Alzheimer's o demencia (<i>dementia</i>)		
Ansiedad (<i>anxiety disorder</i>)		
Problemas con el páncreas (<i>pancreatitis</i>)		
Ictericia (<i>jaundice</i>)		
Cirrosis (<i>cirrhosis</i>)		
Cáncer de los senos (<i>breast cancer</i>)		
Cáncer de los ovarios (<i>ovarian cancer</i>)		
Cáncer del colon (<i>colon cancer</i>)		
Otro tipo de cáncer (<i>cancer, other</i>)		
Colesterol alto (<i>hyperlipidemia</i>)		
Inflamación de los intestinos (<i>IBS</i>)		
Acidez (<i>GERD</i>)		
Úlcera péptica (<i>peptic ulcer disease</i>)		

	Sí	No
Artritis en las coyunturas de los huesos (<i>osteoarthritis</i>)		
Depresión (<i>depression</i>)		
Epilepsia (<i>epilepsy</i>)		
Glaucoma		
VIH (<i>HIV</i>)		
Enfermedades de los riñones (<i>renal</i>)		
Enfermedades del hígado (<i>liver</i>)		
Enfermedades pulmonares (<i>lung</i>)		
Problemas psiquiátricos (<i>psychiatric</i>)		
Problemas para dormir (<i>sleep apnea</i>)		
Migrañas (<i>migraines</i>)		
Anemia de la medula osea (<i>sickle cell</i>)		
Enfermedades del tiroides (<i>thyroid</i>)		
Tuberculosis		
Hepatitis, tipo desconocido (<i>type unknown</i>)		
Tipo A, B, C		
Soplo de corazón (<i>heart murmur</i>)		
Prolapso de la válvula mitral (<i>MVP</i>)		
Otro:		

¿Ha tenido alguna de las siguientes condiciones? (Have you had any of the following conditions?)

Inflamación de las venas en las piernas (<i>thrombophlebitis</i>)			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Embolio de los pulmones (<i>clot in lung</i>)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Coágulos en la sangre (<i>thrombosis</i>)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas de sangramiento (<i>bleeding</i>)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	MRSA (staph infection)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Mujeres solamente

¿Está embarazada? (<i>pregnant now?</i>)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Está tomando pastillas anticonceptivas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Edad de su primer embarazo:			Edad que tuvo su primera regla:		
Número de embarazos:			¿Tiene reglas normales?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Número de partos:			Fecha de última menstruación:		
Número de malpartos o abortos:			¿Tiene irregularidades con su regla?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha dado pecho? (<i>ever nursed?</i>)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			

Enfermedades de infancia (Childhood diseases)

Sarampión (<i>measles</i>)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Varicela (<i>chickenpox</i>)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Paperas (<i>mumps</i>)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fiebre reumática (<i>rheumatic fever</i>)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otro:					

HISTORIA DE CIRUGÍAS—Marque lo que aplique (Surgical History—Check all that apply)

	Sí	No		Sí	No
Transfusión de sangre (<i>transfusion</i>)					
¿Tuvo complicaciones? (<i>complications?</i>)					
Reacción a la anestesia (<i>reaction to anesthesia</i>)					
Operación de vesícula (<i>gallbladder</i>)			Reparación de la pared abdominal (<i>repair of abdominal wall</i>)		
Cirugía laparoscópica (<i>lap chole</i>)			Reparación de hernia (<i>hernia repair</i>)		
Apendicectomía (<i>appendectomy</i>)			Ingle (<i>inguinal</i>)		
Amigdalectomía (<i>tonsillectomy</i>)			Femoral		
Cirugía del tiroide (<i>thyroid</i>)			Umbilical		
Laparoscopia diagnóstica (<i>diagnostic lap</i>)			Hernia de la incisión (<i>incisional</i>)		
Cirugía de úlcera (<i>ulcer</i>)			Ventral		
Reparación aórtica abdominal de aneurisma			Cirugía de los senos (<i>breasts</i>)		
Resección de intestino chico (<i>small bowel</i>)			Lumpectomía (<i>lumpectomy</i>)		
Resección de intestino grande (<i>colon</i>)			Mastectomía (<i>mastectomy</i>)		
Hemorroidectomía (<i>hemorrhoidectomy</i>)			Reconstrucción (<i>reconstruction</i>)		
Esfinterotomía (<i>anal sphincter</i>)			Biopsia (<i>biopsy</i>)		
Eliminación del bazo (<i>spleen</i>)			Aumento (<i>augmentation</i>)		
By-pass de la arteria coronaria (<i>CABG</i>)			Dilatación y curetaje (<i>D&C</i>)		
Cirugía de los pulmones (<i>lungs</i>)			Ligación tubal (<i>tubal ligation</i>)		
Cirugía de los riñones (<i>kidneys</i>)			Histerectomía (<i>hysterectomy</i>)		
Cirugía de la vejiga (<i>bladder</i>)			con eliminación de ovarios		
Cirugía ortopédica (<i>orthopedic</i>)			sin eliminación de ovarios		
Otro:	Cesáreas (<i>C-sections</i>)				

HISTORIA CLINICA DE LA FAMILIA (Family History)

	Vivo (Alive)	Difunto (Deceased)	Edad (Age)	Enfermedades/Causa de fallecimiento
Padre (<i>father</i>)				
Madre (<i>mother</i>)				
Hermanos (<i>brothers</i>)				
Hermanas (<i>sisters</i>)				
Hijos (<i>sons</i>)				
Hijas (<i>daughters</i>)				

REPASO DE SISTEMAS

Cuello (Neck)	Sí	No
Dolor de cuello (<i>neck pain</i>)		
Cuello tieso (<i>neck stiffness</i>)		
Bolas o inflamación en el cuello (<i>lump or swelling</i>)		
Senos (Breasts)		
Dolor de senos (<i>breast pain</i>)		
Desecho de los senos (<i>discharge</i>)		
Bolita en el seno (<i>lump</i>)		
Cardiovascular		
Dolor en el pecho (<i>chest pain</i>)		
Aceleración del ritmo cardíaco (<i>fast rate</i>)		
Palpitaciones (<i>palpitations</i>)		
Pulmonary		
Falta de respiración (<i>shortness of breath</i>)		
Tos (<i>cough</i>)		
Sangra cuando tose (<i>coughing up blood</i>)		
Respira con un silbido (<i>wheezing</i>)		
Gastrointestinal		
Cambio de apetito (<i>change in appetite</i>)		
Dificultad para pasar (<i>swallowing</i>)		
Agruras (<i>heartburn</i>)		
Náusea		
Vomito		
Dolor en el abdomen		
Diarrea		
Sangre en el excremento (<i>bloody stool</i>)		
Ictericia (<i>jaundice</i>)		

Genitourinary	Sí	No
Dolor al orinar (<i>dysuria</i>)		
Cambio en frecuencia de orinar		
Sangre en la orina (<i>hematuria</i>)		
Cambio de color de la orina		
Piel (Skin)		
Comezón (<i>pruritus</i>)		
Lesiones (<i>lesions</i>)		
Salpullido (<i>rash</i>)		
Endocrine		
Suda excesivamente (<i>sweating</i>)		
Sed excesiva (<i>thirst</i>)		
Perdida de deseo sexual		
Musculoskeletal		
Dolor de las coyunturas (<i>joints</i>)		
Coyunturas tiesas (<i>stiff joints</i>)		
Dolor de músculos		
Neurológico (Neurological)		
Mareos (<i>dizziness</i>)		
Vértigo		
Desmayos (<i>syncope</i>)		
Disturbios de motor		
Disturbios sensoriales		
Psicológico (Psychological)		
Problemas para dormir		
Ansiedad		
Depresión		

Otros comentarios (Additional comments):

Firma del paciente

Fecha

Signature of physician

Date