



**CUESTIONARIO DE SALUD**

Fecha: \_\_\_\_\_

PACIFIC NEUROSCIENCE  
MEDICAL GROUP



pagina: 1 de 4

Bienvenido/a a Pacific Neuroscience Medical Group. Para aprovechar al máximo su primera visita, le pedimos que complete este cuestionario de salud antes de su cita. Por favor, llénelo con cuidado y prolijamente, y recuerde traerlo con usted en el momento de su primera visita.

**Queja y enfermedad actual:**

- En diez palabras o menos, ¿cuál es el motivo de su cita?

\_\_\_\_\_

- ¿Tiene un diagnóstico actual? ¿Qué es, cuándo se hizo y quién lo hizo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ¿Cuándo comenzó su problema

\_\_\_\_\_

- ¿Cuáles fueron los primeros síntomas?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ¿Cuáles son sus síntomas actuales?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ¿Quién es su doctor primario? ¿Neurologo?

Nombre	Ciudad	Telefono
--------	--------	----------

nombre	Ciudad	Telefono
--------	--------	----------

- ¿Cómo se enteró de nosotros?

\_\_\_\_\_

**Prior tests**

Indique cualquier examen medico que haya realizado, como tomografías, resonancias magnéticas, EEG, EMG / NCV, LP.

Examen medico	Lugar del exam medico	Telefono
---------------	-----------------------	----------

Examen medico	Lugar del exam medico	Telefono
---------------	-----------------------	----------

Examen medico	Lugar del exam medico	telefono
---------------	-----------------------	----------

**Tratamientos anteriores**

¿Qué medicamentos u otras terapias ha probado y qué sucedió?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Revisión de sistemas**



## CUESTIONARIO DE SALUD

Fecha: \_\_\_\_\_

pagina: 2 de 4

PACIFIC NEUROSCIENCE  
MEDICAL GROUP

chart label

Si tiene dificultades en cualquiera de las siguientes áreas, marque la (s) casilla (s) correspondiente (s) y elabore en los espacios provistos.

### actividades de la vida diaria: dificultad con ...

- |                                                |                                                 |                                                         |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> administrar el dinero | <input type="checkbox"/> bañarse                | <input type="checkbox"/> cepillarse                     |
| <input type="checkbox"/> escribiendo           | <input type="checkbox"/> aplicar maquillaje     | <input type="checkbox"/> peinarse el cabello            |
| <input type="checkbox"/> preparar alimentos    | <input type="checkbox"/> rasurarse              | <input type="checkbox"/> salir de una silla o automóvil |
| <input type="checkbox"/> comiendo              | <input type="checkbox"/> cepillarse los dientes | <input type="checkbox"/> voltearse en la cama           |
| <input type="checkbox"/> caminando             | <input type="checkbox"/> vestirse               | <input type="checkbox"/> usando un teléfono             |
|                                                |                                                 | <input type="checkbox"/> conducir un automóvil          |
- 

### neuropsicológico

- |                                                           |                                                                |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pérdida de memoria               | <input type="checkbox"/> pérdida de masa muscular              |
| <input type="checkbox"/> confusión                        | <input type="checkbox"/> entumecimiento u hormigueo            |
| <input type="checkbox"/> alucinaciones                    | <input type="checkbox"/> dificultad para masticar o tragar     |
| <input type="checkbox"/> delirios                         | <input type="checkbox"/> saliva excesiva o babeo               |
| <input type="checkbox"/> depresión                        | <input type="checkbox"/> incoordinación                        |
| <input type="checkbox"/> lenguaje deteriorado             | <input type="checkbox"/> espasmos musculares, calambres        |
| <input type="checkbox"/> debilidad                        | <input type="checkbox"/> espasmos o rigidez muscular           |
| <input type="checkbox"/> dificultad con el equilibrio     | <input type="checkbox"/> temblor o otros movimientos anormales |
| <input type="checkbox"/> períodos "encendido" y "apagado" |                                                                |
- 
- 
- 

### general

- |                                                      |                                                             |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> insomnio                    | <input type="checkbox"/> pérdida de peso, ganancia excesiva |
| <input type="checkbox"/> somnolencia diurna excesiva | <input type="checkbox"/> fiebres, sudores, escalofríos      |
| <input type="checkbox"/> náuseas o vómitos           | <input type="checkbox"/> pérdida de apetito                 |
- 
- 

### cabeza, ojos, orejas, nariz y garganta (HEENT)

- |                                          |                                            |                                                |
|------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> visión doble    | <input type="checkbox"/> pérdida de visión | <input type="checkbox"/> discapacidad auditiva |
| <input type="checkbox"/> párpados caídos | <input type="checkbox"/> vértigo o mareos  | <input type="checkbox"/> dolor de garganta     |
- 
- 

### cardiopulmonar (corazón y pulmones)

- |                                         |                                           |                                                   |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dolor de pecho | <input type="checkbox"/> silbido o tos    | <input type="checkbox"/> hinchazón de las piernas |
| <input type="checkbox"/> palpitaciones  | <input type="checkbox"/> falta de aliento | <input type="checkbox"/> mala circulación         |
- 
-



**CUESTIONARIO DE SALUD**

Fecha: \_\_\_\_\_

pagina: 3 de 4

PACIFIC NEUROSCIENCE  
MEDICAL GROUP



**gastrointestinal**

- diarrea
- estreñimiento
- gas
- acidez estomacal
- sangre en las deposiciones
- deposiciones negras o alquitranadas

**genitourinario / sexual**

- orinar con frecuencia
- despertarse para orinar por la noche
- disfunción eréctil (hombres)
- masa mamaria o secreción (mujeres)

**ortopédico**

- dolor de espalda
- dolor de cuello
- dolor en las piernas
- dolor de conyunturas

**piel**

- manchas inusuales en la piel
- sarpullido

**historia**

Use el espacio a continuación para enumerar cualquier condición médica conocida. Incluya cualquier condición lo suficientemente grave como para haber requerido hospitalización, cirugía o más de una visita al médico.

condición	fechas		condición	fechas	
	empezó	terminó		empezó	terminó

**Historia social**

- **educación.** ¿Qué tan lejos fue en la escuela? ¿Qué estudió ?  
\_\_\_\_\_
- **Empleo.** ¿Cuál es (era) tu profesión? ¿Está trabajando ahora? Si no, ¿dejó de trabajar por enfermedad o se retiró?  
\_\_\_\_\_



**CUESTIONARIO DE SALUD**

Fecha: \_\_\_\_\_

PACIFIC NEUROSCIENCE  
MEDICAL GROUP



pagina: 4 de 4

- **Recreación.** ¿Qué tipo de cosas haces para divertirte? ¿Le gustan los viajes, las películas, el tiempo con la familia, los pasatiempos? ¿Hay algo que solías hacer que tuviste que parar debido a una enfermedad?

---



---

- **Ejercicio.** ¿Que hace para ejercicio?

---



---

- **Situación de vida.** ¿Vives solo, con la familia, con un cuidador? ¿Vives en una instalación de vida asistida o en un hogar de ancianos?

---



---

- **Hábitos.** ¿Usas alguna de las siguientes sustancias? Si es así, indique cuánto y con qué frecuencia.

tabaco                     
  cafeína                     
  alcohol                     
  drogas recreativas

---

**Historia familiar**

Si hay alguna condición que "se ejecuta en la familia", enumere a continuación.

- Padres                                     
  Hermanos                                     
  Hijos

---



---

**Medicamentos**

Por favor, enumere sus medicamentos actuales a continuación. Incluya la dosis (10 mg, 200 mg, etc.), el número de pastillas, cuántas veces al día y las veces que toma cada medicamento.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Reacciones a los medicamentos** ¿Eres alérgico o has tenido una reacción adversa a algún medicamento? Incluya el nombre del medicamento(s) y la(s) reacción(es), salpullido, náuseas, presión arterial baja.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

