

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA:
---	----------------------	--------

PACIENTE NUEVO Y CUESTIONARIO DE SALUD ANUAL PARA HOMBRES

HISTORIAL PERSONAL MEDICO:

- Diabetes SI
- Cancer SI
- Presion Alta SI
- Colesterol Alto SI
- ETS/Enfermedades Venereas SI
- Migrañas SI
- Depresion SI
- Problemas de la Tiroide SI
- Cuagulos de Sangre SI
- Cirugias SI
- Explicar: _____

Lista de Medicamento Recetado y Dosis: _____

Lista de Medicamentos / Vitaminas _____

Alergia a medicamentos?: (favor de anotar) _____

CUANDO FUE SU ULTIMO EXAMEN/VACUNA:

- Colesterol? _____
- Vacuna del Tetano? _____
- Vacuna de la Gripe? _____
- Vacuna de Neumonia? _____
- Examen Dental? _____
- Examen de la Vista? _____
- Colonoscopia? _____
- Examen para Densidad de los Huesos? _____

HISTORIAL FAMILIAR:

- Tiene un padre, madre, hermano o hijo con:**
- Cancer del Colon? SI
 - Otro Cancer? SI
 - Diabetes SI
 - Presion Alta SI
 - Ataque al Corazon /Derrame SI
 - Explicar: _____

HABITOS/PREVENCIÓN/SEGURIDAD:

- Hace Ejercicio? SI
- Actividad: _____
- Actualmente fuma cigarillos? SI
- Cuantos cigarros por dia? _____
- Anteriormente fumaba cigarillos? SI
- Consume Alcohol? SI
- Cuando fue consumo mas de 4 bebidas en un dia? SI
- Siente que debe consumir menos SI
- Le irrita cuando la gente es persistente sobre su uso de alcohol? SI
- Alguna vez se ha sentido culpable por consumir alcohol? SI
- Ha consumido un trago de alcohol por la mañana para calmar sus nervios? SI
- Ha usado drogas ilegales en los últimos 3 años?... SI
- Drogas con heringas? SI
- Ha tenido caidas ? SI
- Usa su cinturón? SI
- Tiene detector de humo que funciona en casa ? SI
- Tiene armas de fuego? SI
- Tiene usted conflictos en su relacion que consisten de empujar, pegar, o crueldad? SI

REVISION DE SU CUERPO:

- Tiene alguno de los siguientes?**
- Cambio de peso? SI
 - Eczema o Soriasis? SI
 - Lunar con cambios o nuevos? SI
 - Cambios en su vista? SI
 - Problemas de Seno Nasal? SI
 - Problema Auditivo? SI
 - Estornudos/ Escurrimiento de la nariz? SI
 - Dolores de Cabeza con frecuencia? SI
 - Desmayos? SI
 - Debilidad / Entumecimiento? SI
 - Dificultad al caminar? SI
 - Dificultad para dormir? SI
 - Se ha sentido triste, deprimido o desesperado en el ultimo mes? SI
 - Siente poco interes o placer en SI
 - Historial de cuidado psiquiatrico? SI
 - Asma o Pecho Ruidoso? SI
 - Toz? SI
 - Dificultad al respirar? SI
 - Dolor de pecho? SI
 - Soplo en el corazon? SI
 - Ritmo Acelerado del Corazon ? SI
 - Pies / Manos Inchadas? SI
 - Dolor Abdominal? SI
 - Reflujo Gastrico? SI
 - Estreñimiento? SI
 - Diarrea? SI
 - Sangre en el Escremento? SI
 - Ardor / Dolor al orinar? SI
 - Goteo de Orina? SI
 - Aumento en el fluido de orina? SI
 - Dificultad al empezar a orinar? SI

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA:
---	----------------------	--------

Tiene alguno de los siguientes?

- Debilidad en el fluido de la orina? SI
- Dolor/ Bulto en los testiculos? SI
- Dificultad con Ereccion? SI
- Falta de interes / perdida de SI
- Bulto/ Desecho en los Pechos? SI
- Dolor/ Inflamacion de las SI
- Se Moretea Facilmente? SI

Si su cita es para un examen fisico/examen de salud para el hombre:

Durante su fisico anual o consulta preventiva nos enfocamos en mantener su salud estable y prevenir problemas de salud. Usted puede tener problemas o preocupaciones que le gustaria consultar el dia de hoy que no estan relacionados con su examen de salud preventivo. Durante su consulta el dia de hoy, es probable que nuevos problemas medicos sean identificados. Si el tiempo permite, es probable que su doctor pueda consultar sobre problemas adicionales durante esta consulta. Si usted tiene problemas nuevos, complicados, o varias preguntas del cual se requiere una evaluacion adicional, es posible que su doctor le sugiera que haga otra cita o citas para poder consultar sobre esos problemas. Es posible que se le consulte de estos problemas el dia de hoy pero el doctor le pueda sugerir que haga otra cita para su examen de salud preventivo.

Lista de problemas adicionales el dia de hoy:

*Se nos requiere anotar codigos de los procedimientos y diagnosis basados en el servicio que usted recibio hoy. Citas en las que se le consulto sobre un examen fisico y problemas medicos, muchas veces cobramos estos servicios por separado. Dependiendo de la cobertura con su saseguranza uno o todos los costos de los servicios se le cobraran ha usted. Despues de su consulta nosotros no podemos cambiar los codigos para que su aseguranza pague por servicios que no estan cubiertos.

Gracias Por Completar el Cuestionario Annual.

Firma del Paciente

Fecha:

Provider Review/Notes: