ENCUESTA DE SALUD

MODERN CONCEPTS Medical Group

"Bienvenidos a MCMG"

MCMG Acc#:

INFORMACION DE PACIENTE

NOMBRE: | **EDAD:** | **SEXO:** ☐ Hombre ☐ Mujer

MARITAL STATUS: ○ *Soltero* ○ *Casado* ○ *Divorciado* ○ *BIUDO/A* | **OCCUPATION:**

HAS FUMADO? ○ **Si** ○ **No**

TOMAS ALCOHOL ○ **Si** ○ **No**

USTED HA UTILIZADO OTRAS SUSTANCIAS O DROGAS? ○ **Si** ○ **No** Que Tipo:_____

HISORIO DE NACIEMENTO

Su madre tuvo cuidado prenatal? ○ **Si** ○ **No** **Prematuro?** ○ **Si** ○ **No** **Manera?** **VAGINAL** **C-SECTION**

MEDICAMENTOS

(Incluye recetas, hierbas, y medicinas sin receta)

NOMBRE DE MEDECINA:	DOSIS	FRECUENCIA	NOMBRE DE MEDECINA:	DOSIS	FRECUENCIA
1			5		
2			6		
3			7		
4			8		

HISTORIAL MEDICO

Marque la caja indicada con"usted" si usted padece de cualesquiera de las sigientes enfermedades. Marque la caja indicada con "FAM" si alguien en su familia padece o a padecido de cualesquiera de las sigiente enfermedades.

USTED	FAM		USTED	FAM		USTED	FAM		USTED	FAM	
☐	☐	Asma	☐	☐	Embolio	☐	☐	Calculos de los Rinones	☐	☐	Cancer de la Cerviz
☐	☐	Tuberculosis	☐	☐	Convulsiones	☐	☐	Infecciones de los Rinones	☐	☐	Cancer de los Senos
☐	☐	Presion Alta	☐	☐	Dolores de Cabeza	☐	☐	Problemas de la Prostata	☐	☐	Cancer de la Prostata
☐	☐	Falla de Corazon	☐	☐	Diabetes	☐	☐	Enfermedades venerias	☐	☐	Cancer de la Piel
☐	☐	Angina	☐	☐	Fallas de la Tiroides	☐	☐	Cancer de los Pulmones	☐	☐	Otra Cosa:_____
☐	☐	Ataque de Corazon	☐	☐	Hepatitis	☐	☐	Cancer del Higado	☐	☐	_____
☐	☐	Colesterol Alto	☐	☐	Ulceras Estomacales	☐	☐	Cancer de los Intestinos	☐	☐	_____

HISTORIAL QUIRURGICO

A tenido cirugia para alguno de los sigientes organos?

☐ Amigdalas ☐ Hernia ☐ Biopsia ☐ Ovarios

☐ Appendize ☐ Vesicula ☐ Senos ☐ Otro Organo:_____

☐ Ligacion de los Tubos ☐ Corazon ☐ Matriz

VACUNAS

***(Marque todos los que a recibido)*

☐ Hepatitis B (3 completas)

☐ Tetano (Si, si, fecha:_____)

☐ Sarampion y paperas

☐ Prueba de Tuberculosis → ○ Pos ○ Neg

☐ Pulmonia

☐ Influenza (Flu shot)

HISTORIAL GYNECOLOGO:

"Solamente Mujeres"

Embarazos Total	Partos	Aborciones	Fallas de Parto
☐	☐	☐	☐

Fecha de su ultima regla:

Fecha de su ultimo examen de Pap:

Fecha de su ultimo mamograma:

Se cuida? ☐ Si ☐ No

Gustaria informacion acerca de contraceptivos? ☐ ☐