

PERSONAL DE LA CLÍNICA

Este formulario será escaneado en el registro médico electrónico. NO LO RETIRE DE LA CLÍNICA.

Por favor responda estas preguntas acerca de su historial médico y personal de la manera más completa posible.

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre por el que es usted conocido _____ Mejor número de teléfono para localizarlo _____

¿Podemos dejar mensajes del Instituto de Cáncer Huntsman (HCI) en ese número? Sí _____ No _____

¿En qué ciudad vive? _____ ¿Con quién vive? _____

¿Tiene que hacer arreglos especiales de viaje para llegar al HCI? Sí _____ No _____

Médicos Que Ha Visto

¿Quién es su médico de cabecera? _____

¿Cuál es el mejor teléfono para contactar a su médico de cabecera? _____

¿Hay otros médicos que usted ve regularmente a quienes deberíamos enviar notas?

Médico _____ Teléfono _____

Médico _____ Teléfono _____

Médico _____ Teléfono _____

¿Qué médico lo remitió al HCI? _____

¿Cuál es su principal preocupación hoy? _____

Historial Médico Por favor marque todas las condiciones con las cuales usted ha sido diagnosticado alguna vez

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfisema/EPOC | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Problemas nerviosos o neuropatía |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Esclerodermia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado | <input type="checkbox"/> Alta presión arterial | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Problemas del colon | <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> Problemas tiroideos |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas del hígado | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

continúa en la página 2

Historial Quirúrgico Por favor detalle todas las cirugías pasadas y sus fechas.

¿Ha recibido anestesia? Sí _____ No _____ ¿Tuvo problemas con la anestesia? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, por favor marque los problemas:

- Náuseas o vómitos Problemas con la colocación Dificultad para despertarse Reacción alérgica del tubo de respiración

Otros problemas con la anestesia (por favor explique) _____

[Mujeres únicamente] Historia Reproductiva

¿A qué edad tuvo su primer período? _____

¿Ha tomado alguna vez pastillas anticonceptivas? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo las tomó? _____

¿Ha estado alguna vez embarazada? Sí _____ No _____ ¿Cuántas veces? _____

¿Qué edad tenía usted cuando nació su primer hijo? _____

¿Ha pasado por la menopausia? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____

¿Alguna vez ha usado hormonas para el tratamiento de los síntomas de la menopausia? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo las usó? _____

¿Ha tenido una histerectomía? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, ¿también han sido extirpados sus ovarios? Sí _____ No _____

¿Ha tenido una ooforectomía (sólo se han extirpado los ovarios?) Sí _____ No _____

Historial de Tratamiento de Cáncer, incluyendo radiación y quimioterapia

Tipo de Tratamiento	Fecha y Duración del Tratamiento	¿Dónde se llevó a cabo el Tratamiento?	Detalles

Historial Médico Adicional Por favor detalle otros problemas y hospitalizaciones no mostrados arriba.

PERSONAL DE LA CLÍNICA

Este formulario será escaneado en el registro médico electrónico. NO LO RETIRE DE LA CLÍNICA.

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Medicamentos Por favor detalle todos los medicamentos que toma ahora, incluyendo suplementos, productos herbales y medicamentos sin prescripción médica.

Nombre del Medicamento	Dosis <i>(por ejemplo, 10 mg)</i>	Vía <i>(por ejemplo, por vía oral, inyección o IV)</i>	¿Con qué frecuencia lo toma? <i>(por ejemplo, cada 4 horas)</i>

Inmunizaciones ¿Cuándo fue la última vez que recibió estas vacunas?

Influenza (vacuna contra la gripe)	Neumonía	DPT (difteria, tos ferina, tétanos)	Varicela	SPR (sarampión, paperas, rubéola)
Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____

Preguntas Acerca de Otros Medicamentos

¿Ha *dejado* de tomar cualquiera de estos medicamentos recientemente?

Aspirina	Warfarina/Coumadin	Otro anticoagulante	Nombre de otro anticoagulante
Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____	_____

¿Cuándo fue su última prueba de tuberculosis? Fecha _____

¿Ha tomado esteroides, tales como prednisona, dexametasona (Decadron) o hidrocortisona (cortisol) en los últimos 6 meses?

Sí _____ No _____

Alergias Por favor detalle cualquier cosa que le produce alergia y marque su reacción hacia ella.

Alergia	Fecha de la reacción	Erupción cutánea o urticaria	Inflamación de Cara o Cuello	Picazón	Dificultad para Respirar	Otra Reacción (favor describir)

Historial Social

Tabaco

¿Ha usado alguna vez productos del tabaco, incluyendo cigarrillos, pipa, cigarros, tabaco masticable o tabaco en polvo? Sí _____ No _____

¿Cuántos cigarrillos/pipas/cigarros/masticable/en polvo consumía al día? _____ ¿Por cuánto tiempo lo ha consumido? _____

Si ha dejado de consumir tabaco, ¿por cuánto tiempo lo consumió? _____ ¿Cuándo lo dejó? _____

Alcohol

¿Bebe usted alcohol? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia bebe? Marque con un círculo su respuesta.

3 tragos/semana o menos 1 trago/día 2 tragos/día 3 tragos/día Más de 6 tragos/día

¿Ha usado alguna vez drogas inyectadas o intravenosas sin una receta médica? Sí _____ No _____ Sí, pero las dejé _____

¿Alguien lo ha lastimado, golpeado o amenazado? Sí _____ No _____

¿Ha completado una directiva avanzada? Sí _____ No _____

¿Ha servido alguna vez en el ejército? Sí _____ No _____

¿Ha estado alguna vez expuesto a productos químicos o a radiación que podrían causar cáncer? Sí _____ No _____ No sé _____

¿Usa el cinturón de seguridad siempre que está en un automóvil? Sí _____ No _____

¿Cuál es su estado civil? Casado ____ Divorciado ____ Separado ____ Viudo ____ Cohabitando ____ Soltero ____

¿Tiene usted alguna preferencia religiosa? En caso afirmativo, ¿cuál es? _____

¿Con qué sistemas de apoyo puede contar usted y su familia? (Marque todo lo que aplique.)

Parientes

Amigos
y vecinos

Iglesia

Otros (favor detallar)

¿Cuál es su ocupación? Si está jubilado, ¿qué trabajo hizo? _____

¿Hasta qué grado estudió? _____

¿Cuáles son sus aficiones e intereses? _____

Historial Médico Familiar

¿Cuántas hermanas tiene? _____ ¿Hermanos? _____ ¿Hijas? _____ ¿Hijos? _____

Por favor marque en el cuadro siguiente los familiares que han sido diagnosticados con las enfermedades mencionadas.

Enfermedad	Madre	Padre	Hermano	Niño	Abuelo	Otros	Más Información
Cáncer							Edad al momento del diagnóstico y tipo de cáncer
Diabetes							¿Diagnosticado en la infancia o en la edad adulta?
Enfermedad del corazón							Edad al momento del diagnóstico:
Derrame cerebral							Edad al momento del diagnóstico:
Coágulo sanguíneo							
Trastorno hemorrágico							

PERSONAL DE LA CLÍNICA

Este formulario será escaneado en el registro médico electrónico. NO LO RETIRE DE LA CLÍNICA.

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Por favor detalle otros problemas de salud de sus familiares que desee hacer de nuestro conocimiento.

Revisión de los Sistemas

¿Cómo es su estado general de salud? Bueno _____ Aceptable _____ Deficiente _____

¿Cuánto ejercicio puede hacer? Por favor marque la mejor opción que lo describa a usted.

- Vigoroso (*jogging*) moderado (*caminata rápida*) Suave (*caminata lenta*) Mínimo Ninguno

Por favor marque todas las condiciones detalladas a continuación que ha tenido **en el último mes**.

General

- Escalofríos
- Fatiga
- Fiebre
- Cambios en el peso (en los últimos 6 meses)

Vejiga y Genitales

- Sangre en la orina
- Dificultad para orinar
- Necesidad frecuente de orinar
- Incapacidad de controlar la orina
- Dolor al orinar

Sangre

- Sangra mucho
- Se le hacen moretones fácilmente

Emociones y Estados de Ánimo

- Ansiedad o nerviosismo
- Depresión
- Dificultad para dormir o para quedarse dormido
- Alucinaciones
- Pensamientos de hacerse daño a sí mismo

Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz y Garganta

- Dificultad para tragar
- Visión doble o borrosa
- Dolor de oídos
- Problemas auditivos
- Protuberancias en el cuello
- Llagas en la boca
- Sangrado de nariz
- Problemas con los senos nasales
- Garganta irritada
- ¿Usa gafas o lentes de contacto?
Sí _____ No _____
- ¿Usa dentadura postiza?
Sí _____ No _____

Corazón

- Dolor de pecho
- Latidos irregulares del corazón
- Latidos rápidos del corazón
- Dolor en los pies
- Hinchazón de las piernas (edema)
- ¿Tiene un marcapasos?
Sí _____ No _____
- ¿Tiene un desfibrilador?
Sí _____ No _____

Hormonas

- Cambios en las uñas
- Sequedad de la piel
- Exceso de pelo
- Pérdida del Cabello
- Incapacidad para tolerar el calor o el frío
- Sudores nocturnos

Pulmones

- Tos seca
- Tos con flema
- Tos con sangre
- Dificultad para respirar
- ¿Usa oxígeno en casa?
Sí _____ No _____

Músculos y Huesos

- Dolor de espalda
- Dificultad para caminar
- Dolor de articulaciones
- Rigidez de articulaciones
- Inflamación de articulaciones
- Dolor muscular o calambres
- Debilidad muscular
- Otros dolores

Sistema Nervioso

- Problemas con el equilibrio
- Ardor o punzadas
- Mareos
- Dolores de cabeza
- Debilidad muscular
- Temblores

Reproductivo

- Períodos abundantes
- Períodos irregulares
- Dolores menstruales
- Problemas sexuales

Estómago e Intestinos

- Dolor abdominal
- Estreñimiento
- Calambres
- Diarrea
- Dificultad para tragar
- Acidez estomacal
- Hemorroides
- Heces rojas, sanguinolentas
- Heces negras, alquitranadas
- Vómitos, especialmente con sangre

¿Puede hacer estas cosas actualmente?

Actividad		En caso negativo, ¿podía hacer esto antes de su enfermedad?
Vestirse	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____
Manejar una cuenta de cheques	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____
Alimentarse sin ayuda	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____
Conducir un vehículo	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____
Ir al baño sin ayuda	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____
Viajar en autobús o tren	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____
Caminar sin ayuda	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____
Subir un tramo de escaleras	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____
Prepararse una comida	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____
Mantener el control de sus medicamentos	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____
Hacer sus propias compras	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____