

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE DE MEDICINA PULMONAR

Fecha _____ Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Médico referente _____

¿Qué problema lo trae a consulta?

¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas? (Cualquiera que deje en blanco se considerará negativa para su historia clínica).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Tos con flema |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Tos con sangre |
| <input type="checkbox"/> Tos seca | <input type="checkbox"/> Sibilancias |

ANTECEDENTES MÉDICOS

Marque cualquiera de las siguientes enfermedades que le hayan diagnosticado y proporcione detalles en el espacio provisto. Por favor, conteste cada pregunta. Cualquiera que deje en blanco se considerará negativa para su historia clínica.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trombosis Venosa Profunda (TVP) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (especifique el tipo) _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca (corazón débil o agrandado) | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria (angina, paro o bloqueo cardíaco) | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Enfisema o bronquitis crónica | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de úlcera péptica (úlceras estomacales) | |
| <input type="checkbox"/> Tromboembolia pulmonar (el coágulo de sangre viajó al pulmón) | |
| <input type="checkbox"/> Apoplejía | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides (hipertiroidismo, hipotiroidismo) | |

Anote cualquier otra enfermedad o diagnóstico médico (use el reverso de la hoja de ser necesario):

Nombre del paciente _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

Anote todas las cirugías que ha tenido en el pasado y sus fechas aproximadas:

MEDICAMENTOS:

Anote todos los medicamentos que toma actualmente. Incluya dosis y frecuencia. Por favor, incluya todos los inhaladores, insulina y medicamentos de venta libre.

- | | | | | |
|-----|-------|-------------|---------------------|---------------------|
| 1. | _____ | Dosis _____ | Veces por día _____ | Cuánto tiempo _____ |
| 2. | _____ | Dosis _____ | Veces por día _____ | Cuánto tiempo _____ |
| 3. | _____ | Dosis _____ | Veces por día _____ | Cuánto tiempo _____ |
| 4. | _____ | Dosis _____ | Veces por día _____ | Cuánto tiempo _____ |
| 5. | _____ | Dosis _____ | Veces por día _____ | Cuánto tiempo _____ |
| 6. | _____ | Dosis _____ | Veces por día _____ | Cuánto tiempo _____ |
| 7. | _____ | Dosis _____ | Veces por día _____ | Cuánto tiempo _____ |
| 8. | _____ | Dosis _____ | Veces por día _____ | Cuánto tiempo _____ |
| 9. | _____ | Dosis _____ | Veces por día _____ | Cuánto tiempo _____ |
| 10. | _____ | Dosis _____ | Veces por día _____ | Cuánto tiempo _____ |
| 11. | _____ | Dosis _____ | Veces por día _____ | Cuánto tiempo _____ |
| 12. | _____ | Dosis _____ | Veces por día _____ | Cuánto tiempo _____ |

ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN:

Anote la fecha aproximada de su última vacuna. Escriba N/A si nunca le han administrado la vacuna.

Influenza "vacuna contra la gripe" _____

Pneumovax "vacuna contra la neumonía" _____

Tétano _____

ALERGIAS: marque si no hay ninguna alergia a medicamentos conocida.

Anote cualquier medicamento que no pueda tomar y el motivo (erupción, hinchazón, náusea. etc.)

Nombre del paciente _____

ANTECEDENTES DE SALUD FAMILIARES:

	Enfermedad pulmonar	Enfermedad cardiovascular	Otras enfermedades	Causa de muerte
Madre	_____	_____	_____	_____
Padre	_____	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____	_____
Hermanas	_____	_____	_____	_____
Hijos	_____	_____	_____	_____

HÁBITOS:

¿Consume tabaco?

- Fumador activo (diario; indique la frecuencia) _____
- Fumador activo (ocasional) _____
- Exfumador
- Nunca ha fumado o es fumador con estatus desconocido
- Desconoce si alguna vez fumó

¿Bebe alcohol con frecuencia?

- Sí
- No

Si es afirmativa su respuesta, ¿cuánto bebe? _____

¿Tiene antecedentes de consumo excesivo de alcohol?

- Sí
- No

¿Tiene antecedentes de abuso de sustancias prescritas o no prescritas?

- Sí
- No

¿Qué sustancia(s)? _____

Última vez que consumió _____

¿Alguna vez ha abusado de drogas intravenosas?

- Sí
- No

ANTECEDENTES SOCIALES:

Estado civil:

- Soltero/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a

¿Cuántos hijos tiene? _____

¿Quién debe ser contactado en caso de una emergencia? _____

Parentesco _____ Número de teléfono _____

¿Cuál es su ocupación ahora o que hacía antes de su jubilación? _____

¿Cuánto tiempo en su ocupación? _____

¿Ha estado expuesto a alguno de los siguientes elementos en su trabajo?

- Asbestos
- Plumas de aves
- Sílice (arena, arenado)
- Polvo de carbón
- Químicos (indique los detalles) _____

Nombre del paciente _____

Revisión de sistemas: Por favor, marque si ha tenido cualquiera de los siguientes síntomas o hallazgos recientemente. Por favor, conteste cada pregunta. Cualquiera que deje en blanco se considerará negativa para su historia clínica.

	No	General	Sí	No	Cardiopulmonar	Sí	No	Musculoesquelético
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho (c/esfuerzo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor/hinchazón en las articulaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho (en reposo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de la pierna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resfriado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar (c/esfuerzo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiende a tener calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar (en reposo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor muscular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiende a tener frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar (acostado)	Sí	No	Piel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudoración nocturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones (corazón acelerado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erupción
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bulto/masa en el pecho
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jadeos			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aumento de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos	Sí	No	Hematología/Oncología
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida del apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aparecen moretones con facilidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatiga severa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor al respirar profundamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado fácil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dormir con más de una almohada debajo de su cabeza en la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Más hambriento de lo normal				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glándulas inflamadas
	No	Neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón en los pies			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza frecuente				Si	No	Genitourinario
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareo/vértigo	Sí	No	Sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Micción frecuente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aturdimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para dormirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ardor al orinar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Despertarse frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilidad en brazos/piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Despertarse demasiado temprano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinencia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entumecimiento en brazos y piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pesadillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flujo débil de la orina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Molestia/inquietud matutina en la pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secreción
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Roncar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado menstrual abundante
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Somnolencia diurna excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impotencia
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interrupción de la respiración mientras duerme			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Despertar con dificultad para respirar	Sí	No	Psiquiátrico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Daltonismo				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas auditivos	Sí	No	Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zumbidos en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor o dificultad al tragar			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congestión nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acidez/indigestión (frecuente)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secreción nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náusea/vómitos			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorragias nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección sinusal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ronquera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en las heces			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras bucales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heces oscuras, alquitranadas			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Masa o bulto en el cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vomitir sangre			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estornudos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo			

