

Health Screening Questionnaire

Nombre del Paciente: (Apellido) _____ (Nombre) _____

Género: ___ Masculino ___ Femenino ___ Transgénero Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Fecha de última Evaluación Física: ___/___/___ Estatura _____ Peso _____

Médico Actual:

Nombre _____

Dirección _____

Número de Teléfono _____

Si usted actualmente no tiene médico, estaría interesado en que le ayudemos a buscar uno? No Si

Han cambiado los siguientes en el último año? Si su respuesta es sí, como ha cambiado?

Apetito No Si _____

Peso No Si _____

Hábitos de sueño No Si _____

Nivel de energía No Si _____

Por favor indique si usted hace o siguiente. Si su respuesta es si, con que frecuencia?

Ejercicio No Si _____

Toma Agua No Si _____

Toma Café / Té No Si _____

Toma bebidas energizantes No Si _____

Bebe Alcohol (incluyendo cerveza) No Si _____

Usa Drogas (incluyendo marihuana) No Si _____

Fuma Cigarrillos No Si _____

Otros productos que contengan nicotina No Si _____

Si usted utiliza productos con nicotina, por favor responda las siguientes:

Hay productos que contengan nicotina en casa y están al alcance de niños No Si

Esta usted interesado en reducir o dejar de fumar? No Si

Historia Personal Médica (elijar todas) las que apliquen a usted

Presión Alta No Si

Colesterol Alto No Si

Diabetes No Si

Ataque al Corazón No Si

Derrame Cerebral No Si

Otra Condición Cardíaca No Si

Pulmonar (Enfisema, EPOC, Asma) No Si

Enfermedad del Riñón No Si

Enfermedad del Hígado (Cirrosis, Hepatitis A/B/C) No Si

Condición Endocrina (Tiroides Alta o Baja, Enfermedad Pituitaria, Insuficiencia Suprarrenal) No Si

Exceso de Peso No Si Lesión cerebral traumática No Si

VIH/SIDA No Si Cáncer No Si

Tuberculosis No Si Discapacidad Motriz No Si

Discapacidad Auditiva No Si Discapacidad Visual No Si

Otra _____

Alergias (medicamentos, comida, ambiental): _____

Cirugías en los Últimos 6 meses- incluya las fechas: _____

Medicamentos/Suplementos (por favor liste todos los medicamentos/suplementos que usted está tomando actualmente. Incluya medicamentos recetados/no recetados, vitaminas y medicamentos de venta libre, cantidad y frecuencia) _____

Firma del Paciente (si tiene menos de 18 años/tutor tiene que firmar)

_____ Fecha ____/____/____

Firma Clínica _____ Fecha ____/____/____

Fecha dada a la Enfermera ____/____/____

Assessment (to be completed by a physician, nurse practitioner, medical assistant, or Registered Nurse practitioner)

Signature and title of the staff _____ Date _____