

Estimada señora / señorita:

Le agradeceríamos nos rellenase este cuestionario antes de acudir a realizarse su chequeo de salud en este hospital. Este cuestionario es por supuesto totalmente confidencial. Le agradeceríamos aportara exploraciones recientes a las que pueda haber sido sometido (radiografías, tomografías, analíticas...), y a que esto ayudará a nuestro equipo a determinar sus necesidades en el aspecto preventivo.

Muchas gracias por su colaboración.

DATOS PERSONALES:

APELLIDOS:

NOMBRE:

FECHA NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

PROFESIÓN:

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. ¿Ha tenido alguna enfermedad previa? (S / N). En caso afirmativo, por favor especifique (con fechas aproximadas y tratamientos realizados).

2. ¿Ha sido intervenida quirúrgicamente? Sí NO .

En caso afirmativo, por favor especifique (con fechas aproximadas).

3. ¿Tiene algún problema de salud en la actualidad? SÍ NO .

En caso afirmativo por favor especifique:

4. ¿Toma habitualmente alguna medicación o bien ocasionalmente? SÍ NO .

En caso afirmativo, por favor especifique:

5. ¿Se ha vacunado de lo siguiente?

Vacunación antitetánica en los últimos 10 años SÍ NO .

Vacunación antigripal anual SÍ NO .

Vacunación anti-hepatitis B SÍ NO .

Otras vacunaciones SÍ NO .

En caso afirmativo, por favor especifique:

6. ¿Padece de alguna alergia medicamentosa o de otro tipo? SÍ NO .

En caso afirmativo, por favor especifique:

7. ¿Realiza alguna actividad física con regularidad? SÍ NO .

En caso afirmativo, especifique de qué tipo:

¿Con qué frecuencia:horas por día/semana?

8. ¿Es fumadora? SÍ NO .

En caso afirmativo, especifique tipo de tabaco y número de cigarrillos/día

9. ¿Ha sido fumadora? Sí NO .

Durante años ¿Hasta cuándo?

10. ¿Consume bebidas alcohólicas? Sí NO .

En caso afirmativo, por favor especifique tipo (vino, cerveza, licores de alta graduación) y cantidad aproximada de cada tipo en número de copas/día: Vino.....Cervezas.....Licores..... (Detallar)

11. ¿Consume algún tipo de drogas y/o fármacos estimulantes? Sí NO .

En caso afirmativo, por favor especifique tipo, cantidades y frecuencia:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

1. ¿Están sus padres vivos? Sí NO .

En caso afirmativo, ¿padecen de alguna enfermedad? (por favor especifique):

En caso contrario, ¿cuál fue la causa de la muerte? _____

Otros familiares de primer grado. Por favor cite número y estado de salud:

Hermanos: _____

Hermanas: _____

Hijos: _____

Familiares de segundo grado. Especifique enfermedades (si es posible):

Abuelo paterno: _____

Abuela paterna: _____

Abuelo materno: _____

Abuela materna: _____

2. ¿Algún familiar ha padecido o padece:

Enfermedades cardiovasculares (problemas de corazón, accidentes cerebrales, amputación de miembros?)

Sí NO . En caso afirmativo, por favor especifique:

Cánceres o tumores/pólipos? Sí NO . En caso afirmativo, por favor especifique:

CABEZA Y CUELLO:

1. ¿Tiene problemas de visión? Sí NO .
2. ¿Tiene problemas de audición? Sí NO .
3. ¿Dificultades para tragar? Sí NO .
4. ¿Úlceras o llagas en la boca? Sí NO .
5. ¿Mareos o vértigos? Sí NO .
6. ¿Ha notado alguna hinchazón, bulto o dolor? Sí NO .

CARDIOVASCULAR Y RESPIRATORIO:

1. ¿Se queda sin aliento? Sí NO .

En caso afirmativo, especifique en qué circunstancias (acostado, caminando, con los esfuerzos):

2. ¿Tose habitualmente? Sí NO .

En caso afirmativo, especifique cuando (por las mañanas, con el ejercicio físico, por las noches):

3. ¿Siente palpitaciones? Sí NO .

En caso afirmativo, especifique cuando (en reposo, con la actividad física) y con qué frecuencia (a diario, semanal, ocasionalmente):

4. ¿Tiene dolores de pecho? Sí NO .

5. ¿Tiene dolores de piernas al caminar? Sí NO .

6. ¿Hinchazón de miembros? Sí NO .

DIGESTIVO Y ABDOMEN:

1. ¿Cómo es su apetito? Bueno Regular Malo
 2. ¿Siente ardores (acidez)? Sí NO .
 3. ¿Siente reflujo? Sí NO .
 4. ¿Siente dolores o distensión en su abdomen? Sí NO .
 5. Ha notado algún bulto o hernia en su abdomen o sus ingles Sí NO .
 6. ¿Con qué frecuencia tiene deposiciones? Más de una al día ; Una al día ; cada _____ días.
Esta frecuencia es habitual o ha cambiado? Sí NO .
- Alguna vez ha expulsado moco o sangre por el recto? Sí NO .
- ¿Tiene problemas de incontinencia? Sí NO .

UROGENITAL:

- 1 ¿Tiene problemas al orinar? Sí NO . En caso afirmativo, marque la dificultad:
 Dolor o quemazón Frecuencia elevada pérdidas involuntarias
 Chorro orina fino o sin fuerza; Orina por las noches Sí NO .
2. ¿Padece de dolores lumbares? Sí NO .
3. ¿Ha notado algún bulto o hinchazón en pechos o axilas? Sí NO .
4. Edad de la menarquia (primera menstruación): _____

5. Fecha de la última menstruación:

6. ¿Tiene alteraciones del ciclo menstrual? (S / N).
En caso afirmativo, marque: ___ frecuencia (fechas),
_____ cantidad, _____ dolor.
7. ¿Ha tenido embarazos? (S / N). En caso afirmativo, precise el número de:

Embarazos: _____

Abortos: _____

Partos: _____

Vaginales: _____. Dificiles (S / N).
En caso afirmativo, precise si se necesitaron ventosa o fórceps

Cesáreas: _____

8. ¿Tiene algún problema en sus relaciones sexuales? Sí NO .

En caso afirmativo, especifique de qué tipo:

MUSCULOESQUELÉTICO:

1. ¿Tiene dolores ó hinchazón de huesos o articulaciones? Sí NO .¿En qué lugar(es)?

2. ¿Dolores de cuello o espalda? Sí NO .

3. ¿Calambres o dolores musculares? Sí NO .

4. ¿Dificultad para la marcha, el ejercicio o pérdida de fuerza? Sí NO . Por favor especifique:

PIEL:

1. ¿Tiene o ha tenido hematomas con frecuencia? Sí NO .

2. ¿Tiene lunares? Sí NO .

3. ¿Alguno de ellos ha cambiado de tamaño, color o ha sangrado recientemente? Sí NO .

4. ¿Tiene pérdida o crecimiento excesivo de cabello o vello? Sí NO .

Añada cualquier otro comentario que pueda ser de utilidad en su Chequeo
