

## FORMULARIO DE AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE PARA VISITA INICIAL COMO PACIENTE AMBULATORIO PARA RECIBIR ATENCIÓN PRIMARIA

Le solicitamos a todos nuestros pacientes que completen este formulario durante su primera visita. Responda todas las preguntas. Si no entiende alguna pregunta, nuestro personal se la explicará. Toda la información será **CONFIDENCIAL** y formará parte de su historia médica.

<b>Nombre:</b>			<b>Fecha de nacimiento:</b>			<b>Fecha de la visita:</b>		
<b>Motivo de la visita/dolencia principal:</b>								
<b>Antecedentes de la enfermedad actual:</b>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene algún dolor? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí    En caso afirmativo, ¿qué nivel de gravedad? <input type="checkbox"/> leve (1 a 3) <input type="checkbox"/> moderado (4 a 6) <input type="checkbox"/> intenso (7 a 10)</li> <li>• ¿Dónde siente el dolor?</li> </ul>								
<b>Control de los sistemas: ¿Ha tenido...</b>				<b>Control de los sistemas: ¿Ha tenido...</b>				
<b>ESTADO GENERAL</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>		<b>• OCULAR</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>		
Cambios recientes de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cambio en la visión en los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fatiga > 6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Uso de anteojos/lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>• RESPIRATORIO</b>				<b>• OÍDOS/NARIZ/GARGANTA</b>				
Tos crónica/frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cambio en la audición en los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cambio en la voz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>• CARDIOVASCULAR</b>				Sangrado frecuente de la nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>• GASTROINTESTINAL</b>				
Palpitaciones/latidos cardíacos irregulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Náuseas/vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Incapacidad para subir 2 tramos de escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cambios en hábitos intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>• MUSCULOESQUELÉTICO</b>				<b>• GENITOURINARIO</b>				
Dolor/hinchazón en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dificultad para caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Dificultad para contener la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>• NEUROLÓGICO</b>				<b>• PSIQUIÁTRICO</b>				
Dolores de cabeza crónicos/frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sensación de depresión/tristeza recientemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Convulsiones/ataques epilépticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nerviosismo/ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Problemas de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Intento de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>• ENDÓCRINO</b>				<b>• CUTÁNEO</b>				
Alguna pérdida de altura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pérdida del cabello/crecimiento excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sed/micción excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sarpullido/picazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>• SÓLO PARA MUJERES</b>				<b>• SÓLO PARA HOMBRES</b>				
Flujo vaginal/sangrado anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Secreción por el pene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

