

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.

Nombre:			Fecha de nacimiento:			Fecha de la visita:		
Motivo de la visita/dolencia principal:								
Antecedentes de la enfermedad actual:								
<ul style="list-style-type: none"> • ¿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) • ¿Dónde siente el dolor? 								
Control de los sistemas: ¿Ha tenido...				Control de los sistemas: ¿Ha tenido...				
ESTADO GENERAL	SÍ	NO	• OCULAR			SÍ	NO	
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"/>	
• RESPIRATORIO			• OÍDOS/NARIZ/GARGANTA					
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"/>	
• CARDIOVASCULAR			Sangrado frecuente de la nariz			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• GASTROINTESTINAL					
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"/>	
• MUSCULOESQUELÉTICO			• GENITOURINARIO					
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"/>	
• NEUROLÓGICO			• PSIQUIÁTRICO					
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"/>	
• ENDÓCRINO			• CUTÁNEO					
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"/>	
• SÓLO PARA MUJERES			• SÓLO PARA HOMBRES					
Flujo vaginal/sangrado anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secreción por el pene			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

