



Siskiyou Community Health Center

Chequeo médico anual

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Complete las siguientes preguntas lo mejor que pueda.

COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN

¿Está siendo atendido en algún consultorio especializado además de Siskiyou Community Health Center (endocrinología, gineco-obstetricia, cardiología, reumatología, oftalmología, etc.)? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿dónde? _____

¿Quién es su proveedor dental? _____ ¿Cuándo fue su último examen? _____

¿Cuál es su farmacia preferida? _____ Ubicación de la farmacia: _____

MANTENIMIENTO DE SALUD

¿Tiene alguna inquietud o problema de salud nuevo ahora? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuáles son sus síntomas y hace cuánto tiempo que los tiene? _____

**Tenga en cuenta que si no tiene una cita para consultar a su proveedor por el problema especificado anteriormente, es posible que tenga que hacer otra cita.

ALERGIAS

No tiene alergias

Indique todas sus alergias y su reacción: _____

INMUNIZACIONES

Si ya le toca alguna inmunización, ¿le gustaría recibirla en su cita? Sí No No está seguro

¿Le gustaría tener más información sobre las vacunas que debería recibir o podrían tocarle pronto? Sí No

PRUEBA DE DETECCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL

¿Le han hecho una colonoscopia en los últimos 10 años? Sí No

Si respondió sí, cuál es fecha aproximada: _____

Proveedor/lugar donde le hicieron el procedimiento: _____

Si tiene más de 50 años de edad y no le han hecho una colonoscopia, ¿le gustaría hablar con su proveedor sobre un referido para que se la hagan? Sí No

SALUD FEMENINA

Fecha de la última prueba de Papanicolaou _____ ¿Cuándo le hicieron la última prueba de

Papanicolaou/examen anual? _____

¿Alguna vez el resultado de su prueba de Papanicolaou salió anormal? Sí No Si respondió sí, ¿cuándo? _____

Fecha de la última mamografía: _____

¿Actualmente usa un método de control de natalidad? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿qué método? _____ ¿Está satisfecha con su método de control de natalidad? Sí No

¿Le hicieron una histerectomía? Sí No ¿Le ligaron las trompas? Sí No

Si le hicieron una histerectomía o ligadura de trompas, ¿cuándo y dónde? _____

ANTECEDENTES SOCIALES

¿Alguna vez ha consumido productos de tabaco (cigarrillos, cigarrillos electrónicos, tabaco para masticar, puro o cigarro, etc.)? Sí, actualmente Sí, en el pasado No, nunca

Si respondió sí o anteriormente, ¿qué tipo/tipos? _____

¿Cuánto y con qué frecuencia? _____ Edad/año en que empezó: _____

Edad/año en que dejó de hacerlo: _____

¿Bebe cafeína? Sí No Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo? _____ ¿Cuánto diariamente? _____

¿Consumo o consumí antes drogas recreativas? Sí No Antes

Si respondió sí o anteriormente, ¿qué tipo/tipos? _____

¿Cuánto y con qué frecuencia? _____ Edad/año en que empezó: _____

Edad/año en que dejó de hacerlo: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES Y FAMILIARES

Marque si alguno de estos problemas se aplica para usted. Si alguno de sus parientes ha tenido el diagnóstico, indique cuál es la relación con usted.

Diagnóstico	Yo	Familiar	Diagnóstico	Yo	Familiar
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN (ADD)/ TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)			Colesterol elevado		
Alcoholismo			Enfermedad genética		
Alergias			Deficiencia auditiva		
Enfermedad de Alzheimer			Presión arterial alta		
Artritis			Enfermedad del colon irritable		
Asma			Discapacidades de aprendizaje		
Trastorno sanguíneo			Enfermedad mental		
Cáncer			Migrañas		
Enfermedad cardiovascular			Obesidad		
Enfermedad de la arteria coronaria			Osteoporosis		
Enfermedad de la arteria coronaria, prematura			Enfermedad vascular periférica		
Depresión			Enfermedad renal		
Retraso en el desarrollo			Trastorno convulsivo		
Diabetes tipo _____			Derrame cerebral		
Eczema			Trastorno de la tiroides		

