

## Nuevo Cuestionario del Paciente

Gracias por tomarse unos minutos para completar este historial médico, que ayudará a su nuevo médico a centrarse en los problemas que le han traído a esta cita. Además, le permitirá a usted tener más tiempo para reflejar todas sus preocupaciones, inquietudes y preguntas.

Los especialistas en cáncer tratan muchas enfermedades diferentes. Sabemos, que no todas las preguntas de este formulario están dirigidas a usted.

Por favor, trate de contestar a todas las preguntas lo mejor que pueda, y si siente que alguna pregunta no le corresponde escriba "N/C" por "no corresponde".

Sabemos que se trata de un cuestionario extenso, y queremos agradecerle el tiempo dedicado a completarlo. El cuestionario nos ayudará a poder responder mejor a sus preguntas.

Por favor, conteste a todas las preguntas que le sea posible, y pregunte a su médico o enfermera, si tiene dudas respecto a alguna de las preguntas.

Fecha de la Visita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ MR # \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Información Visita:	
¿Quién está con usted hoy?	
¿Cuál es su diagnóstico?	
¿Cuándo fue diagnosticado?	¿En qué hospital?
¿Qué médico le ha remitido a nuestra clínica?	
¿Cuál es la razón de su visita de hoy? Consulta <input type="checkbox"/> Segunda Opinión <input type="checkbox"/> Tratamiento/seguimiento <input type="checkbox"/>	
¿Quiere ver a un oncólogo en concreto o le han referido a uno en particular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿qué oncólogo?	
Describa cómo empezó su enfermedad, cómo fue diagnosticada, y lo que ha sucedido hasta el momento:	

Información del Médico: Por favor, indique los nombres y datos de contacto (dirección de la oficina, teléfono, fax, especialidad, o afiliación de hospital) para todos los médicos involucrados en su cuidado.			
Especialidad	Nombre del Médico Dirección/Afiliación de hospital	Teléfono	Fax
Médico familiar/ Médico de cabecera/ Internista:			
Médico Oncólogo:			
Oncólogo de Radiación:			
Cirujano:			
Ginecólogo:			

<b>Alergias:</b> Incluya medicamentos/alimentos/medioambiental <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sin alergias conocidas</span>	
Alergia	Describe la reacción

**Medicamentos:** Incluya las vitaminas, hierbas medicinales, hormonas y los medicamentos de venta libre y recetados. Si desconoce los detalles, por favor, ponga en la casilla "N/S".

Medicación	Dosis	Con qué frecuencia	Quién se lo recetó	Por qué lo toma	Fecha de inicio

<b>Escala de Dolor</b>											
Si tiene dolor, por favor, califique su dolor haciendo un círculo alrededor del número en la escala, que mejor describa su dolor.											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
(nada de dolor)				(dolor moderado)				(máximo dolor)			
¿Dónde tiene el dolor?											
¿Cuánto tiempo ha tenido este dolor?											
¿Está tomando medicamentos para el dolor? En caso afirmativo, ¿qué medicamento/s?											
									Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿La medicación, le ayuda con el dolor?											
									Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
<b>(Solo para uso de la oficina)</b> (Office use only): Karnofsky Score _____%											

<b>Historial Médico Pasado: (Por favor marque lo que corresponda)</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Describir</b>
<b>Otros cánceres</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Cardiovascular</b>			
• Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Nivel de colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Arritmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Ataque al corazón (IM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha (año): _____
• Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Accidente cerebral/AIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha (año): _____
• Coágulos de sangre/Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Respiratorio</b>			
• Enfisema/EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Endocrino</b>			
• Enfermedad de Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Gastrointestinal</b>			
• Reflujo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Úlcera de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Enfermedad hepática/cirrosis/hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Intestino irritable/Enfermedad de Crohn/Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Enfermedad intestinal (pólipos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Otros problemas de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Genitourinario</b>			
• Problema renal o de vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Problemas ginecológicos/VPH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Problemas de próstata/HBP/prostatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Disfunción sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Osteomuscular</b>			
• Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Autoinmune</b>			
• Artritis Reumatoide/Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Neurológico</b>			
• Epilepsia/convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Parkinson/Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Depresión/ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Trastorno bipolar/Esquizofrenia/Trastorno de pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>¿Otras enfermedades?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Historial de cirugías u otros procedimientos		<input type="checkbox"/> No ha tenido cirugías ni procedimientos previos
Fecha de la cirugía/procedimiento	Tipo de cirugía/procedimiento	Hospital/clínica donde fue realizada/o

¿Tiene un Dispositivo Electrónico Interno, por ejemplo, un desfibrilador, un marcapasos?  
 En caso afirmativo, por favor tenga a mano la tarjeta en el momento de la consulta para la enfermera y el médico. Sí  No

Historial de Radiación o Quimioterapia <input type="checkbox"/> Ningún tratamiento previo de cáncer		
Fecha	Tipo de Tratamiento	Hospital/clínica donde fue realizada

Historial Social	
¿Dónde nació? (estado o país)	
¿Cuál es su raza/origen étnico?	
¿Qué tipo de trabajo hacía/hace?: <span style="float: right;">Jubilado/a <input type="checkbox"/></span>	
Estado civil: <span style="margin-left: 20px;">Soltero/a <input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 20px;">Casado/a <input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 20px;">Divorciado/a <input type="checkbox"/></span> <span style="float: right;">Viudo/a <input type="checkbox"/></span>	
¿Con quién vive?	
¿Tiene hijos? <span style="margin-left: 20px;">Sí <input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 20px;">No <input type="checkbox"/></span> <span style="float: right;">Lista de las edades:</span>	
¿Bebe alcohol? <span style="margin-left: 20px;">Sí <input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 20px;">No <input type="checkbox"/></span>	
Número de bebidas por semana: <span style="margin-left: 20px;">Si solía beber, ¿cuándo dejó de hacerlo?</span>	
¿Consume productos derivados del tabaco, ahora o en el pasado? (puros, cigarrillos, tabaco) <span style="float: right;">Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>	
Número de años: _____ Número de paquetes al día: _____ <span style="float: right;">¿Cuándo lo dejó? _____</span>	
¿Está interesado en información para dejar de fumar? <span style="float: right;">Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>	
¿Consume drogas recreativas? <span style="margin-left: 20px;">Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 20px;">¿Qué droga/s?</span> <span style="float: right;">¿Con qué frecuencia?</span>	
¿Tiene necesidades que debemos saber, ya sean religiosas, espirituales o culturales? En caso afirmativo, explíquelas: <span style="float: right;">Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>	

¿Tiene las Directivas Anticipadas (testamento vital, el poder notarial para cuidados médicos)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿podría proporcionarnos una copia para guardarla en sus archivos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Le gustaría obtener más información acerca de cómo obtener las Directivas Anticipadas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>(Solo para uso de la oficina) (Office use only):</b> If yes, referral made to:		

<b>Historial Familiar:</b> Por favor, escriba cualquier cáncer o hemopatía (enfermedad de la sangre) que haya tenido algún miembro de su familia. Si no sabe las edades exactas, por favor diga algo aproximado.				
<b>Miembro de la Familia</b>	<b>Edad actual</b>	<b>Edad cuando fue diagnosticado</b>	<b>Edad al morir</b>	<b>Tipo de cáncer/Hemopatía (enfermedad de la sangre)</b>
Usted				
<b>Sus hermanos (Por favor, circule hermana o hermano)</b>				
Hermana	Hermano			
Hermana	Hermano			
Hermana	Hermano			
Hermana	Hermano			
Hermana	Hermano			
<b>Sus hijos (Por favor, circule hija o hijo)</b>				
Hija	Hijo			
Hija	Hijo			
Hija	Hijo			
Hija	Hijo			
Hija	Hijo			
<b>La familia de su Padre (Por favor, circule tía o tío)</b>				
Padre				
Abuelo Paterno				
Abuela Paterna				
Tía	Tío			
Tía	Tío			
Tía	Tío			
Tía	Tío			
Otros				
Otros				
Otros				
<b>La familia de su Madre (Por favor, circule tía o tío)</b>				
Madre				
Abuelo Materno				
Abuela Materna				
Tía	Tío			
Tía	Tío			
Tía	Tío			
Tía	Tío			
Otros				
Otros				
Otros				

<b>Historial Ginecológico/ Obstétrico - Sólo mujeres</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
Edad que empezó con la menstruación:			Fecha de la última menstruación:	
¿Son sus periodos regulares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿Le han hecho una histerectomía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha:	
¿Le extirparon los ovarios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha:	
¿Ha tenido la menopausia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Qué edad tenía?	
¿Toma/ha tomado anticonceptivos orales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Por cuánto tiempo?	¿Cuándo dejó de tomarlos?:
¿Utiliza/utilizó terapia de reemplazo hormonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Por cuánto tiempo?	¿Cuándo dejó de tomarlos?:
¿Ha tenido cambios ginecológicos o de mama/pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Describalos:	
Número de embarazos:	Número de nacidos vivos:		La edad que tenía en su primer embarazo a término:	
¿Podría estar embarazada en este momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿Qué talla usa de sostén y de copa? (solo para pacientes con cáncer de mama)				

<b>Mantenimiento y Cuidado de la Salud</b>		
<b>Hombres y Mujeres</b>		
¿Le han hecho una sigmoidoscopia o una colonoscopia?	<input type="checkbox"/> Sí, Fecha _____	<input type="checkbox"/> No
¿Su doctor le ha revisado por si tiene sangre en las heces?	<input type="checkbox"/> Sí, Fecha _____	<input type="checkbox"/> No
¿Le han revisado la piel?	<input type="checkbox"/> Sí, Fecha _____	<input type="checkbox"/> No
¿Le han realizado un examen oral o dental?	<input type="checkbox"/> Sí, Fecha _____	<input type="checkbox"/> No
¿Le han puesto la vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/> Sí, Fecha _____	<input type="checkbox"/> No
¿Le han puesto la vacuna contra la neumonía?	<input type="checkbox"/> Sí, Fecha _____	<input type="checkbox"/> No
<b>Solo mujeres:</b>		
¿Se hace mamografías regularmente?	<input type="checkbox"/> Sí, Fecha _____	<input type="checkbox"/> No
¿Le hacen la prueba del Papanicolaou regularmente?	<input type="checkbox"/> Sí, Fecha _____	<input type="checkbox"/> No
¿Se examina los senos con regularidad?	<input type="checkbox"/> Sí, Fecha _____	<input type="checkbox"/> No
¿Le han realizado una densitometría ósea?	<input type="checkbox"/> Sí, Fecha _____	<input type="checkbox"/> No
<b>Sólo hombres:</b>		
¿Se examina los testículos?	<input type="checkbox"/> Sí, Fecha _____	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene exámenes regulares de la próstata?	<input type="checkbox"/> Sí, Fecha _____	<input type="checkbox"/> No
¿Le hacen la prueba de PSA (prueba de Antígeno Prostático Específico) regularmente?	<input type="checkbox"/> Sí, Fecha _____	<input type="checkbox"/> No

<b>Revisión de los Sistemas:</b> <b>(Por favor circule todos los que correspondan)</b>	<b>Describir:</b>
<b>General:</b> pérdida de peso, aumento de peso, siempre cansado, débil, sudores nocturnos, fiebre, escalofríos	<input type="checkbox"/> Ningún problema
<b>Piel:</b> erupción cutánea, cambio en los lunares, llagas, bultos, picazón o urticarias	<input type="checkbox"/> Ningún problema
<b>Ojos:</b> dolor en los ojos, lagrimeo, ojos secos, visión borrosa, visión doble, o cualquier otro cambio en la visión	<input type="checkbox"/> Ningún problema
<b>Otorrinolaringología</b> (Garganta/nariz/oídos): pérdida de audición, zumbidos en los oídos, nariz tapada o congestión, sinusitis frecuente o dolor sinusal, cambios en el sabor o el olor, dolor en la boca o la garganta, ronquera, inflamación de los ganglios, problemas dentales, dentaduras postizas o prótesis parciales	<input type="checkbox"/> Ningún problema
<b>Respiratorio:</b> tos seca, tos con flema, falta de aire al hacer esfuerzos, respiración sibilante, tos con sangre, oxígeno para el hogar (____ L / min)	<input type="checkbox"/> Ningún problema
<b>Corazón:</b> dolor en el pecho, palpitaciones, fuertes latidos, hinchazón en las piernas/pies	<input type="checkbox"/> Ningún problema
<b>Endocrino:</b> exceso de sed, micción (orina) o apetito, intolerancia al frío o calor, sofocos	<input type="checkbox"/> Ningún problema
<b>Gastrointestinal:</b> dolor abdominal, náusea, vómitos, acidez o reflujo, dificultad para tragar, restricciones en la dieta, anorexia, estreñimiento, diarrea, cambios en los hábitos intestinales o incontinencia, sangre roja e intensa en las heces o heces oscuras ennegrecidas	<input type="checkbox"/> Ningún problema
<b>Genitourinario:</b> necesidad de orinar frecuentemente, urgencia urinaria, dificultad para iniciar el flujo de orina o flujo de orina débil, dolor o ardor al orinar, sangre en la orina, necesidad de levantarse por la noche para orinar, incontinencia urinaria, hemorragia vaginal, problemas de próstata o impotencia	<input type="checkbox"/> Ningún problema
<b>Sanguíneo/Linfático:</b> anemia, fácil formación de hematomas (moretones) o sangrado, linfedema o hinchazón, dispositivo de acceso vascular (puerto/foto)	<input type="checkbox"/> Ningún problema
<b>Enfermedades Infecciosas:</b> infecciones frecuentes o exposición reciente a enfermedades infecciosas	<input type="checkbox"/> Ningún problema
<b>Extremidades:</b> Dolor en las articulaciones o hinchazón, dolor en los músculos o en los huesos, dificultad para mover los brazos o las piernas, dolor al caminar	<input type="checkbox"/> Ningún problema
<b>Neurológico:</b> dolores de cabeza, desmayos, mareos o vértigo, entumecimiento u hormigueo, falta de equilibrio, pérdida de memoria, olvido, confusión, cambios de humor, debilidad focal, parálisis, depresión, ansiedad o convulsiones	<input type="checkbox"/> Ningún problema
<b>¿Tiene un historial reciente de caídas?</b> <b>Los dispositivos de ayuda que utiliza:</b> <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Muletas	Describa cómo se produjo la caída: <input type="checkbox"/> No ha tenido caídas



<b>Información de Contacto de Familiares o de Personas Responsables de su Cuidado</b>		
Debido a las regulaciones de privacidad, no podemos conversar o hablar de su información médica sin su permiso. Si usted desea que hablemos de sus cuidados médicos con su pareja o familia, por favor, indique el nombre, su relación (cónyuge, hijo/a, amigo/a), y un número de teléfono de la persona de contacto.		
Contacto: _____	Relación: _____	Teléfono: _____

<b>Información de Contacto Personal</b>		
El personal de la clínica tiene permiso para dejar mensajes de voz en contestadores automáticos, con relación a posibles futuras citas, en los siguientes números de teléfono:		
<input type="checkbox"/> Casa	_____	_____
	Código telefónico de área	Número de teléfono
<input type="checkbox"/> Celular	_____	_____
	Código telefónico de área	Número de teléfono
<input type="checkbox"/> Trabajo	_____	_____
	Código telefónico de área	Número de teléfono
El mejor momento para que nuestro personal le contacte por teléfono: <input type="checkbox"/> Mañanas <input type="checkbox"/> Tardes		

<b>Información Farmacia</b>
El personal de la clínica tiene permiso para recetar electrónicamente mis recetas, y por razones de tratamiento médico me puede solicitar el historial de medicamentos recetados por otros proveedores de atención médica o de pagadores terceros de los beneficios farmacéuticos.
La farmacia que prefiere es:
Nombre: _____
Dirección: _____
Por favor, informe a nuestra clínica si la información de la farmacia que escoja como preferida cambia.

**ESTE FORMULARIO PASARÁ A FORMAR PARTE DE SU EXPEDIENTE MÉDICO PERMANENTE**

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma de la Enfermera:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Médico:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Intérprete (si corresponde):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

<b>Office Use Only (Solo para uso de esta oficina)</b>			
HT: _____ stated/measured	WT: _____ stated/measured	Oxygen Saturation: _____ %	
T: _____	HR: _____	R: _____	BP: _____
<b>Lymphedema Assessment: <input type="checkbox"/> NA</b>			
Lt lower arm: _____	Lt upper arm: _____	Rt lower arm: _____	Rt upper arm: _____
<b>Patient Referred to Genetics:</b> <input type="checkbox"/> NA	Date: _____	Initials: _____	
<b>Physician Drawings/Diagrams</b>			

