

CUESTIONARIO SOBRE HISTORIAL MÉDICO

NOMBRE: _____ FECHA: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO RESIDENCIAL: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

TELÉFONO CELULAR: _____ OTRO TELÉFONO: _____

EMPLEADOR: _____ PROFESIÓN: _____

EXPLIQUE SUS OBLIGACIONES LABORALES: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: MASCULINO / FEMENINO SSN _____

NIVEL DE ESCUELA MÁS ALTO / ¿TÍTULO? _____

PAÍS DE NACIMIENTO: _____

¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO EN EE.UU.?: _____

¿DE QUÉ PAÍS ES CIUDADANO?: _____

¿HA SERVIDO EN LAS FUERZAS ARMADAS?: _____

NOMBRE DE PERSONA IMPORTANTE / CÓNYUGE: _____

SOLTERO(A): _____ CASADO(A): _____ VIUDO(A): _____ COMPROMETIDO(A): _____
OTRO: _____

SEPARADO(A): _____ DIVORCIADO(A): _____ PERSONA IMPORTANTE / PAREJA _____

HIJOS SÍ / NO CANTIDAD DE HIJOS: _____

EDADES DE LOS NIÑOS: _____

SU PESO ACTUAL: _____ SU ALTURA: _____

¿ALGUNA VEZ HA TENIDO SOBREPESO? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNTO PESABA?: _____

Solid Organ Transplant Program (Programa de Trasplante de Órganos Sólidos)

¿CUÁL ES SU RAZA/ETNIA?: (**marque todas las opciones que apliquen)

Indoamericano _____	Samoano _____	Puertorriqueño _____
Esquimal _____	Indoasiático _____	Puertorriqueño (Isla) _____
Indio de Alaska _____	Chino _____	Cubano _____
Nativo de Alaska _____	Filipino _____	Hispano Otra _____
Afroamericano _____	Japonés _____	Ascendencia europea _____
Africano (continental) _____	Coreano _____	Árabe/Del Medio Oriente _____
Antillano _____	Vietnamita _____	De África Septentrional (no negro) _____
Haitiano _____	Asiático Otra _____	Blanco Otra _____
Nativo de Hawaii _____	Mexicano _____	Blanco _____
Guameño o Chamorro _____		

¿CUÁL ES LA RAZA/ETNIA DE SU MADRE Y PADRE?:
(**marque todas las opciones que apliquen)

Indoamericano _____	Samoano _____	Puertorriqueño _____
Esquimal _____	Indoasiático _____	Puertorriqueño (Isla) _____
Indio de Alaska _____	Chino _____	Cubano _____
Nativo de Alaska _____	Filipino _____	Hispano Otra _____
Afroamericano _____	Japonés _____	Ascendencia europea _____
Africano (continental) _____	Coreano _____	Árabe/Del Medio Oriente _____
Antillano _____	Vietnamita _____	De África Septentrional (no negro) _____
Haitiano _____	Asiático Otra _____	Blanco Otra _____
Nativo de Hawaii _____	Mexicano _____	Blanco _____
Guameño o Chamorro _____		

NOMBRE / DIRECCIÓN / NÚMERO DE TELÉFONO DE SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:

NOMBRE / DIRECCIÓN / NÚMERO DE TELÉFONO DE OTROS MÉDICOS ESPECIALISTAS QUE CONSULTA:

¿TIENE ALGUNA ALERGIAS? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿A QUÉ ES ALÉRGICO?: _____

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁLES FUERON LAS REACCIONES ALÉRGICAS/LOS SÍNTOMAS?: _____

¿HA TENIDO ALGUNA LESIÓN? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ TIPO DE LESIONES HA TENIDO? _____

¿SE LE HA INGRESADO ALGUNA VEZ EN EL HOSPITAL? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿POR QUÉ MOTIVO? _____

¿HA TENIDO ALGUNA OPERACIÓN/CIRUGÍA? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ TIPO DE OPERACIONES HA TENIDO? _____

¿HA TENIDO ALGUNA OPERACIÓN/CIRUGÍA ABDOMINAL? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ TIPO DE CIRUGÍA ABDOMINAL HA TENIDO? _____

¿HA TENIDO ALGUNA COMPLICACIÓN DE ALGUNA CIRUGÍA? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ TIPO DE COMPLICACIÓN? _____

¿SE LE HA ADMINISTRADO ANESTESIA GENERAL? SÍ / NO

¿HA TENIDO ALGUNA COMPLICACIÓN DE LA ANESTESIA? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ TIPO DE COMPLICACIÓN? _____

¿TIENE ALGÚN PROBLEMA MÉDICO? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁLES? _____

¿HA TENIDO ALGUNA INFECCIÓN GRAVE? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL? _____

¿SE LE HOSPITALIZÓ DEBIDO A ELLA? SÍ / NO

¿CUÁNDO SE LE HOSPITALIZÓ? _____

¿RECIBIÓ ANTIBIÓTICOS? SÍ / NO

¿SABE QUÉ TIPO DE INFECCIÓN TUVO? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ TIPO? _____

¿HA TENIDO ALGUNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNDO? _____

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNDO SE REALIZARON LAS TRANSFUSIONES?: _____

EN CASO AFIRMATIVO, ¿TUVO ALGUNA REACCIÓN A LAS TRANSFUSIONES DE SANGRE Y

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁLES? _____

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO: RECETADOS: _____

DE VENTA SIN RECETA: _____

ANTICONCEPTIVOS: _____

SUPLEMENTOS A BASE DE HIERBAS: _____

OTRO: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS MÉDICOS:

1. ¿Tiene alguna enfermedad cutánea?: **SÍ / NO**
 En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____
2. ¿Tiene artritis? **SÍ / NO** _____
3. ¿Tiene dolor de espalda? **SÍ / NO** _____
4. ¿Tiene dolores de cabeza? **SÍ / NO** _____
5. ¿Tiene alguna pérdida de sensación en sus brazos o piernas? **SÍ / NO**
 En caso afirmativo, ¿dónde? _____
6. ¿Se hace moretones con facilidad? **SÍ / NO**
7. ¿Alguna vez ha tenido problemas de sangrado? **SÍ / NO**
8. ¿Alguna vez ha tenido un coágulo de sangre? **SÍ / NO**
 En caso afirmativo, ¿dónde se presentó? _____
 ¿Cómo se trató? _____
9. ¿Tiene anemia? **SÍ / NO**
10. ¿Tiene presión arterial alta? **SÍ / NO**
 Si la tiene, ¿recibe tratamiento para ella? **SÍ / NO**
 Nombre del o de los medicamentos? _____
11. ¿Tiene enfermedad tiroidea? **SÍ / NO**
 Si la tiene, ¿recibe tratamiento para ella? **SÍ / NO**
 Nombre del medicamento _____

12. ¿Tiene tos crónica? SÍ / NO
- ¿Sibilancia? SÍ / NO
- ¿Bronquitis? SÍ / NO
- ¿Asma? SÍ / NO
- ¿Tuberculosis? SÍ / NO
- En caso afirmativo, cuándo y tratamiento _____
- ¿Neumonía? SÍ / NO
13. ¿Utiliza un inhalador? SÍ / NO
- En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____
- ¿Con qué frecuencia? _____
14. ¿Fuma? SÍ / NO
- Si lo hace, ¿cuánto fuma? _____
- ¿Fumó alguna vez? _____
- ¿Cuándo dejó de fumar? _____
15. ¿Alguna vez ha tenido una cardiopatía o un ataque cardíaco? SÍ / NO
16. ¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía cardíaca? SÍ / NO
- En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
17. ¿Alguna vez ha sentido dolor torácico? SÍ / NO
- ¿Toma algún medicamento para aliviarlo? SÍ / NO
- En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____
18. ¿Tiene colesterol alto? SÍ / NO
- En caso afirmativo, ¿toma algún medicamento para el colesterol? SÍ / NO
- En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____
19. ¿Tiene disnea? SÍ / NO

20. ¿Utiliza oxígeno? SÍ / NO
En caso afirmativo, ¿qué cantidad? _____

21. ¿Cuántos escalones puede subir con facilidad? _____

22. ¿Se inflaman sus pies, tobillos o piernas? SÍ / NO
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

23. ¿Tiene ascitis (líquido en el abdomen)? SÍ / NO
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Alguna vez ha tenido paracentesis? SÍ / NO
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
¿Cuánto líquido se extrajo? _____

24. ¿Tiene dolores de estómago? SÍ / NO
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Con qué frecuencia? _____
¿Están relacionados con la comida? _____

¿Toma algún medicamento para aliviarlos? SÍ / NO
En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____

¿Le alivia? SÍ / NO
¿Qué le alivia el dolor? _____

25. ¿Se le ha diagnosticado alguna vez una enfermedad o un trastorno intestinal? SÍ / NO
En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____

26. ¿Tiene diarrea crónica? SÍ / NO
En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____
¿Toma algún medicamento para detenerla? _____
¿Controla o detiene la diarrea? _____
27. ¿Tiene períodos de estreñimiento? SÍ / NO
En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____
¿Qué los alivia? _____
28. ¿Alguna vez ha tenido sangre en las deposiciones? SÍ / NO
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
29. ¿Alguna vez ha vomitado sangre? SÍ / NO
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
¿Se hospitalizó? SÍ / NO
¿Tuvo que recibir transfusiones de sangre? SÍ / NO
30. ¿Alguna vez ha tenido úlceras estomacales? SÍ / NO
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
¿Recibió tratamiento para ellas? _____
31. ¿Alguna vez ha tenido problemas con la vesícula biliar? SÍ / NO
32. ¿Tiene diabetes? SÍ / NO
En caso afirmativo, ¿usa insulina, medicamento oral o control dietético? _____

33. ¿Alguna vez ha tenido ictericia? SÍ / NO
34. ¿Alguna vez se le ha informado que padece hepatitis? SÍ / NO
En caso afirmativo, ¿cuándo y qué tipo? _____
35. ¿Alguna vez se le ha informado que padece enfermedad hepática? SÍ / NO
En caso afirmativo, ¿qué tipo de enfermedad hepática? _____

36. ¿Bebe cerveza, vino o alcohol? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____
¿Es bebedor social? _____
¿Cuándo fue la última vez? _____
¿Qué cantidad de alcohol bebe? _____
37. ¿Alguna vez ha bebido cerveza, vino o alcohol? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿cuándo dejó de hacerlo? _____
En caso afirmativo, ¿cuánto bebía en el pasado? _____
38. ¿Alguna vez se le ha indicado que deje de beber? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
39. ¿Alguna vez ha tenido problemas con la vejiga? **SÍ / NO**
40. ¿Alguna vez ha sentido dolor al orinar? **SÍ / NO**
41. ¿Orina con frecuencia? **SÍ / NO**
42. ¿Tiene que orinar durante la noche? **SÍ / NO**
43. ¿Alguna vez ha tenido dificultad para orinar? **SÍ / NO**
44. ¿Alguna vez ha tenido cálculos renales? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿cuándo y recibió tratamiento? _____
45. ¿Ha tenido alguna vez infección en las vías urinarias? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
¿Recibió tratamiento? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____
46. ¿Alguna vez ha tenido una infección renal? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿cuándo y qué se usó para el tratamiento? _____

47. ¿Alguna vez ha necesitado diálisis? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
Si ahora está en diálisis, ¿en qué fecha comenzó? _____
Si ahora está en diálisis, ¿qué días va a diálisis?

48. ¿Alguna vez ha tenido un tumor? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿dónde se presentó? _____
¿Era cáncer? _____
¿Cómo se trató? _____
49. ¿Alguna vez ha tenido episodios de pérdida de conocimiento? _____
50. ¿Alguna vez ha tenido convulsiones? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
¿Recibe tratamiento todavía para las convulsiones? _____
51. ¿Alguna vez ha consultado a un siquiatra? **SÍ / NO**
52. ¿Alguna vez ha sentido la necesidad de consultar a un siquiatra? **SÍ / NO**
53. ¿Tiene algún problema de ansiedad? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
54. ¿Toma algún medicamento para la ansiedad? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
¿Qué tipo de medicamentos está tomando? _____
¿Cómo lidia durante un episodio de ansiedad? _____

55. ¿Tiene algún problema de depresión? SÍ / NO

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

56. ¿Toma algún medicamento para la depresión? SÍ / NO

En caso afirmativo, ¿qué medicamento? _____

¿Cómo lidia durante un episodio de depresión? _____

57. ¿Ha viajado alguna vez al extranjero? SÍ / NO

En caso afirmativo, ¿a qué países ha viajado?: _____

PREGUNTAS PARA HOMBRES SOLAMENTE:-----

1. ¿Alguna vez ha tenido una enfermedad venérea? SÍ / NO
 En caso afirmativo, ¿qué tipo, cuándo y recibió tratamiento?_____

2. ¿Tiene inflamación testicular? SÍ / NO
3. ¿Alguna vez ha tenido cáncer de testículo? SÍ / NO
 En caso afirmativo, ¿cuándo?_____
4. ¿Se realiza exámenes de próstata regulares? SÍ / NO
5. ¿Tiene problemas de próstata? SÍ / NO
6. ¿Tiene alguna secreción **por el** pene? SÍ / NO

PREGUNTAS PARA MUJERES SOLAMENTE-----PÁGINA 14

1. ¿Cuándo fue su último período menstrual? _____
2. ¿Está embarazada? _____
3. ¿Sus períodos son regulares? **SÍ / NO**
4. ¿Tiene calambres dolorosos? **SÍ / NO**
5. ¿Alguna vez se le ha diagnosticado endometriosis? **SÍ / NO**
6. ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____
7. ¿Ha tenido alguna complicación con los embarazos? **SÍ / NO**
 En caso afirmativo, ¿cuáles? _____
8. ¿Tuvo partos vaginales o cesáreas? _____
9. ¿Tiene infecciones vaginales o candidiasis vaginal? **SÍ / NO**
 En caso afirmativo, ¿cuándo fue la última? _____
 En caso afirmativo, ¿qué tratamiento recibió? _____
10. ¿Alguna vez ha tenido una enfermedad venérea? **SÍ / NO**
 En caso afirmativo, ¿qué tipo, cuándo y recibió tratamiento? _____
11. ¿Se realiza frotis de Papanicolau y exámenes pélvicos regulares? **SÍ / NO**
 En caso afirmativo, ¿cuándo fue la última vez? _____
 En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los resultados? _____
12. ¿Se realiza mamografías regulares? **SÍ / NO**
 En caso afirmativo, ¿cuándo fue la última vez? _____
 En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los resultados? _____

PREGUNTAS PARA MUJERES SOLAMENTE-----PÁGINA 15

13. ¿Alguna vez ha tenido una mamografía anormal? **SÍ / NO**

En caso afirmativo, ¿cuál fue la anomalía? _____

14. ¿Alguna vez ha tenido cáncer de seno? **SÍ / NO**

En caso afirmativo, ¿cuándo y cómo se trató? _____

13. ¿Recibe terapia de reemplazo de hormonas? **SÍ / NO**

En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____

¿Ha tenido algún otro problema médico que no haya mencionado? SÍ / NO

En caso afirmativo, indíquelos aquí: _____

¿Qué tratamiento(s) recibe? _____

¿Cómo califica su estado de salud actual?

Excelente _____ Bueno _____

Acceptable _____ Malo _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

¿Qué enfermedades hay presentes en su familia? (incluya padres, abuelos, hermanos, hermanas, hijos)

¿Alguna vez ha tenido?:	Sarampión:	SÍ / NO
	Paperas:	SÍ / NO
	Varicela:	SÍ / NO
	Fiebre reumática:	SÍ / NO
	Mononucleosis:	SÍ / NO
	Hepatitis A:	SÍ / NO
	Hepatitis B:	SÍ / NO
	Hepatitis C:	SÍ / NO
	Tuberculosis:	SÍ / NO

¿Alguna vez se ha vacunado contra lo siguiente?

Hepatitis A: SÍ / NO ¿Cuándo? _____

Hepatitis B: SÍ / NO ¿Cuándo? _____

**¿SE HA REALIZADO ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS /
PROCEDIMIENTOS?**

1. ¿Tomografía computarizada (CT)? **SÍ / NO**
 En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
 ¿Qué parte del cuerpo escanearon? _____
2. ¿Resonancia magnética (MRI)? **SÍ / NO**
 En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
 ¿Qué parte del cuerpo escanearon? _____
3. ¿Ultrasonido? **SÍ / NO** En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
 ¿Qué parte del cuerpo escanearon? _____
4. ¿Radiografía de tórax? **SÍ / NO** En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
5. ¿Biopsia del hígado? **SÍ / NO** En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
6. ¿Ecocardiograma? **SÍ / NO** En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
7. ¿Prueba de esfuerzo cardíaco? **SÍ / NO**
 En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
8. ¿Cateterismo cardíaco? **SÍ / NO**
 En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
9. ¿Prueba de función pulmonar? **SÍ / NO**
 En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
10. ¿Endoscopia superior? **SÍ / NO** En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
11. ¿Colonoscopia? **SÍ / NO** En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

12. **¿Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (ERCP)? SÍ / NO**

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

13. **TIPS (Derivación portosistémico intrahepático transyugular)? SÍ / NO**

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

14. **Otras pruebas y cuándo?** _____

Solid Organ Transplant Program (Programa de Trasplante de Órganos Sólidos)

APROBACIÓN _____ FECHA: _____

Chief, Director of Transplantation (Director Jefe de Trasplantes)

MD

APROBACIÓN _____ FECHA: _____