

DALLAS ONCOLOGY CONSULTANTS, P. A.

CUESTIONARIO DE HISTORIA

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Cual es su razon principal de ver al doctor? _____

Duracion de este problema? _____

**REVISION POR SISTEMAS
SINTOMAS GENERALES**

Se siente debil o cansado?Si () No ()

Ha perdido su apetito?.....Si () No ()

Ha perdido peso?.....Si () No ()

Cuanto : _____

Tiene fiebre seguido?.....Si () No ()

Tiene hinchazon en algunas partes?.....Si () No ()

En donde? _____

Se hinchan sus pies o tobillos? Si () No ()

CABEZA, OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA

Tiene dolores de cabeza? .Si () No ()

Tiene usted "problema de seno"? ...Si () No ()

Ha roncado ultimamente? .Si () No ()

Tiene problema con la vision? . Si () No ()

Tiene problemas para oir? . Si () No ()

PECHO

Tiene tos? ..Si () No ()

Ha tosido alguna vez sangre? Si () No ()

Le cuesta respirar? Si () No ()

Le duele el pecho? Si () No ()

SISTEMA DIGESTIVO

Tiene problemas al tragar? Si () No ()

Vomita alguna vez? .. Si () No ()

Cuando? _____

Tiene dolor en su abdomen? . Si () No ()

Se estrine a menudo? Si () No ()

Toma laxantes o enemas a menudo? Si () No ()

Tiene diarrea? .Si () No ()

Pasa alguna vez sangre del recto? Si () No ()

Tiene alguna vez negro o se aueda "taburetes"? . Si () No ()

Ha tenido alguna vez sigmoidoscopy glexible o un colonoscopy? Si () No ()

Cuando? _____

GENITO / URINARY

Tiene problema para orina? .. Si () No ()

Le arde o duele al orinar? Si () No ()

Ha tenido recientemente una infeccion, sangre o pus, en su orina? Si () No ()

Para hombres con mas de 50 anos, ha tenido un examen de prostata? ..Si () No ()

HUESOS, UNIONES, MUSCULOS

Tiene dolor de espalda? Si () No ()

Tiene el dolor conjunto? Si () No ()

SISTEMA NERVIOSO

Tiene debilidad en sus brazos o piernas? .. Si () No ()

Tiene las manos o los pies entumecidos? Si () No ()

HISTORIA MENSTRUAL (para mujeres)

Cuantas veces ha estado embarazada usted? _____

Ha tenido alguna vez usted un aborto espontaneo? . Si () No ()

Cuando era su periodo menstrual? _____

Sus periodos menstruales son irregulares? Si () No ()

Menstrua demasiado ? Si () No ()

Si usted ha dejado de menstruar, a que edad? _____

Tiene algun sintoma menopausico? . Si () No ()

Esta en pildoras anticonceptivas o terapia de reemplazo hormonal?Si () No ()

Ha tenido un examen baginal y la mancha "de PAPIIIA" en el ano pasado? Si () No ()

Ha tenido alguna vez usted un rayo X de pecho? (Mammogram) .. Si () No ()

HISTORIA PASADO

Lista de operaciones, si algunos: Fecha:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

Ha tenido alguna transfusion de sangre anterior? Si () No ()

Cuando? _____

PROBLEMAS MEDICOS PASADOS:

Problema bronquial o pulmonar? .Si () No () Ataque cardiaco o convulsiones? Si () No ()

Tumor, crecimiento o cancer? Si () No () Problema de Vesicular biliar? .Si () No ()

Enfermedad cardiaca? Si () No () Ulcera? .. Si () No ()

Hipertension? .. Si () No () Ictericia o Hepatitis? . Si () No ()

Diabetes? Si () No () Problema de prostata? .. Si () No ()
Problema de rinon / vejiga? . Si () No () Otros
(lista) _____

—

HISTORIA DE FAMILIA

Padre: Vivo? _____ Edad? _____ Salud: _____
Muerto? _____ El Edad? _____ Causa ? _____
Madre: Viva? _____ Edad? _____ Salud: _____
Muerta? _____ La Edad? _____ Causa? _____
Hermanos: No. Vivos? _____ Salud: _____
No. Muerto? _____ Causa? _____
Hermanas: No. Vivas? _____ Sauld: _____
No. Muertas? _____ Causa? _____
Esta casado ahora? Si () No ()
Ninos? _____ Cuantos? _____ Edad? _____ Salud: _____

Algun muerto? _____ Causa?

Alguna historia de cancer en su familia?

HISTORIA PERSONAL

Fuma? Si () No ()
O ha fumado alguna vez? Si () No ()
Cuantos por dia: Cigarrillos ? _____ Puros? _____ Pipa? _____
Toma café? Si () No ()
Cunantos tazas por dia? _____
Tomas cerveza, vino, licor? Si () No ()
Cuantos por dia? _____ Semana? _____
Alguna vez ha sido un problema la bebida? Si () No ()
Alguna vez a tenido un problema de drogas o esta usando ahora? Si () No ()
Ocupacion: _____

—

MEDICACIONES Y ALERGIAS

Toma alguna medicina? Si () No ()

Lista: _____

—

—

—

—

—

Toma algunos productos natural/hebario, medicaciones sin receta medica, o vitaminas? Si ()No()

Si si, lista: _____

Hay alli alguna medicacion o medicinas a las cuales usted es alergico, o tiene mal efectos?

Si () No ()

Lista:

—

—

—