



DOCTORS ON DUTY™  
SALINAS URGENT CARE™

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sus respuestas le ayudarán a su doctor a comprender mejor sus preocupaciones médicas y su estado.  
Si no recuerda detalles específicos, una aproximación también sirve.

MOTIVO DE LA VISITA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VACUNAS:**

¿Cuándo fue su última vacuna contra el tétano? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su última vacuna contra la influenza? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su última vacuna contra el neumococo? \_\_\_\_\_

¿Está al día con todas sus vacunas?  Sí  No

**ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS DE LA MUJER:**

1er día de su período menstrual más reciente: \_\_\_\_\_

¿Es posible que esté embarazada?  Sí  No

**ALERGIAS o REACCIONES A MEDICINAS /ALIMENTOS/OTROS AGENTES:**

Alergia :	Reacción o efecto secundario

**MEDICAMENTOS:** medicamentos con o sin receta, vitaminas, remedios caseros, pastillas anticonceptivas y hierbas:

Medicamento	Dosis	Veces al día

**ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES:**

Por favor indique si ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo                                 | <input type="checkbox"/> Diabetes: <i>tipo II</i>              |
| <input type="checkbox"/> Papanicolau anormal                         | <input type="checkbox"/> Colesterol alto                       |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de la sangre                      | <input type="checkbox"/> Hipertensión (Alta presión sanguínea) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (Maligno)                            | <input type="checkbox"/> Infarto miocárdico(Ataque al corazón) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad congénita del corazón            | <input type="checkbox"/> Embolio/derrame cerebral              |
| <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad                          | <input type="checkbox"/> Problema de la tiroides               |
| <input type="checkbox"/> Diabetes: <i>tipo I (requiere insulina)</i> | <input type="checkbox"/> Otro: _____                           |

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS** (por favor haga una lista de todas sus operaciones y las fechas):

Operación	Fecha

**HISTORIAL FAMILIAR** haga una lista de los miembros de su familia (padre, madre, hermano, y/o hermana) que hayan tenido alguna de estas enfermedades:

Enfermedad	Padre	Madre	Hno	Hna
Alcoholismo				
Alzheimer				
Artritis				
Astma				
Cáncer				
Enfermedad obstructiva y crónica del pulmón				
Depresión				
Diabetes				
Ataque al corazón				
Enfermedad del corazón				
Colesterol Alto				
Hipertensión				
Hipotiroidismo				
Otro:				

**ANTECEDENTES SOCIALES**

Uso de tabaco	Uso de alcohol	
<p><b>Cigarrillos</b>            Ahora: Fuma: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Nunca  <input type="checkbox"/> Deje de fumar: Fecha _____            cajillas/día _____ No. de años _____</p> <p><b>Otros Tabacos:</b>  <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Mascar <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Rapé            ¿Está interesado/a en dejar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Humo de segunda mano:</b>            ¿Expuesto/a a humo en casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Toma alcohol?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No,            No. de tragos /semana            _____</p>	<p>¿El uso del alcohol le preocupa a Ud. o a otros?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
	Uso de drogas	
	<p>¿Usa drogas recreativas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No            Si contestó que sí, de qué clase?            _____</p> <p>¿Ha usado jeringas alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**REPASO DE LOS SÍNTOMAS que siente hoy:** Por favor indique que sí o que no marcando con una palomita (✓) en los casilleros que siguen.

**NO/SÍ Estado físico**

- Fiebre reciente
- Escalofríos recientes
- Fatiga/debilidad inexplicable

**NO/SÍ Ojos**

- Vista borrosa
- Dolor en el ojo
- Supuración del ojo

**NO/SÍ Oídos/nariz/garganta/boca**

- Dificultad para oír
- Goteo post nasal continuo
- Ronquera o cambio de voz
- Dolor de garganta
- Dolor de oído

**NO/SÍ Cardiovascular**

- Dolor en el pecho/molestias
- Palpitaciones

**NO/SÍ Respiratorio**

- Tos crónica
- Resuello asmático
- Tos aguda
- Respiración agitada

**NO/SÍ Gastrointestinal**

- Ardor estomacal
- Reflujo ácido
- Náusea/vómito
- Diarrea
- Dolor abdominal

**NO/SÍ Genitourinario**

- Dolor al orinar
- Orinación nocturna
- Orinación frecuente
- Secreción: Pene o Vagina

**NO/SÍ Musculoesquelético**

- Dolor muscular
- Dolor en las articulaciones
- Articulaciones tiesas
- Dolor de espalda reciente

**NO/SÍ Piel**

- Ronchas o comezón
- Infección de hongos en las uñas
- Verrugas
- Piel reseca

**NO/SÍ Neurológico**

- Dolores de cabeza
- Pérdida de memoria
- Desmayos
- Mareos
- Entumecimiento

**NO/SÍ Sangre/Linfático**

- Bulto/nódulo sin explicación
- Sangrado excesivo
- Hematomas/tendencia a tener moretones

**NO/SÍ Endocrinólogo**

- Sudor excesivo
- Problemas de la tiroides
- Intolerancia al calor/frío
- Aumento de sed/hambre

**NO/SÍ Alergia/Inmunológico**

- Alergias de temporada
- Sistema inmune alterado

**NO/SÍ Psiquiátrico**

- Ansiedad/estrés
- Problemas para dormir
- Nerviosismo/Depresión

**FARMACIA:**

Farmacia para los medicamentos de hoy: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_