

**Actualización de información del paciente**

Nombre \_\_\_\_\_

Número de id. \_\_\_\_\_

**1) Luego de la última visita a nuestro consultorio, ¿fue hospitalizado?**Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es “sí”, indique dónde y cuándo: \_\_\_\_\_

**2) Luego de la última visita a nuestro consultorio, ¿se realizó algún examen médico?**Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es “sí”, marque todas las opciones que correspondan:

☐ Mamografía (radiografía de mamas) ☐ Prueba de Papanicolaou (para mujeres) ☐ Colonoscopia☐ Análisis de sangre ☐ Radiografías☐ ECG/EKG (electrocardiograma) (corazón) ☐ Vista☐ DEXA (radioabsorciometría de doble energía) (controles de la disminución de la masa ósea u osteoporosis)☐ RMN ☐ TC/TAC ☐ Otros \_\_\_\_\_

Indique dónde y cuándo se sometió a esos exámenes: \_\_\_\_\_

**3) Luego de la última visita a nuestro consultorio, ¿ha desarrollado alguna alergia nueva o sufrió alguna reacción adversa a un medicamento o alimento?**Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es “sí”, descríbala: \_\_\_\_\_

**4) Luego de la última visita a nuestro consultorio, ¿ha consultado a un médico especialista (en diabetes, riñones, cardiología, oncología, oftalmología, ginecología, etc.)?**Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es “sí”, ¿a qué médico consultó y cuándo?

---

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha aproximada \_\_\_\_\_

---

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha aproximada \_\_\_\_\_**5) Luego de la última visita a nuestro consultorio, ¿se colocó alguna vacuna (inyección)?**Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es “sí”, marque las inyecciones que recibió:

☐ Gripe ☐ Tétanos ☐ Neumonía☐ Si recibió alguna otra, indique cuál: \_\_\_\_\_**6) Luego de la última visita a nuestro consultorio, ¿comenzó a tomar algún medicamento con receta nuevo?**Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es “sí”, indique cuál: \_\_\_\_\_

(Continúe en la página siguiente).

**7) Luego de la última visita a nuestro consultorio, ¿comenzó a tomar algún medicamento de venta libre nuevo (como Advil, Tylenol, aspirina, Tums, etc.), medicamentos herbarios (como la hierba de San Juan, etc.), vitaminas o minerales (como vitamina C o calcio, etc.)?**

Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es “sí”, indique cuál: \_\_\_\_\_

**8) ¿Hubo algún cambio en la salud de sus familiares (incluidos sus padres, hermanos o hijos)?**

Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es “sí”, indique cuál: \_\_\_\_\_

**9) ¿Utiliza habitualmente lo siguiente?**

**Cinturón de seguridad** A veces ☐ Siempre ☐ N/C ☐

**Asientos de niño para automóvil** A veces ☐ Siempre ☐ N/C ☐

**10) ¿Tiene una alarma contra incendios en funcionamiento en su vivienda y ha cambiado la batería en los últimos 6 meses?**

Sí ☐ No ☐

**11) ¿Hace ejercicio físico al menos 3 veces por semana, de 20 a 30 minutos?**

Sí ☐ No ☐

**12) ¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o ha sufrido alguna caída recientemente?**

Sí ☐ No ☐

**13) En ocasiones, ¿tiene dificultades para llegar al baño “a tiempo” o padece incontinencia urinaria cuando bosteza o tose?**

Sí ☐ No ☐

**14) ¿Se siente triste, deprimido, desanimado o desalentado?**

Sí ☐ No ☐

**15a) Si fuma o mastica tabaco, ¿ha pensado en dejar de hacerlo?**

Sí ☐ No ☐

**15b) Si ha pensado en dejar de consumir tabaco, ¿desearía recibir ayuda para lograrlo?**

Sí ☐ No ☐

**16) ¿Su consumo de alcohol o drogas es motivo de preocupación?**

Sí ☐ No ☐

**17) ¿Tiene un arma en su vivienda?**

Sí ☐ No ☐

**18) ¿Ha tenido más de una pareja sexual el último año?**

Sí ☐ No ☐

\_\_\_\_\_  
Coloque su firma y la fecha de hoy.