

# Cuestionario médico de admisión

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

<b>Historia clínica médica/de salud mental</b>		
Sírvase marcar el casillero correspondiente si usted tuvo o tiene alguno de los siguientes problemas:		
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Ataques cerebrales (o miniataques cerebrales)
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas hepáticos	<input type="checkbox"/> VIH/sida
<input type="checkbox"/> Asma/enfisema	<input type="checkbox"/> Problemas de útero u ovarios	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Cáncer, ¿qué tipo? _____	<input type="checkbox"/> Lupus/problemas autoinmunitarios	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en las piernas o los pulmones	<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar
<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/> Angina de pecho (dolores de corazón)	<input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés)
<input type="checkbox"/> Hemorragia gastrointestinal (GI)	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia
<input type="checkbox"/> Problemas dentales	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Problemas de riñón, vejiga o próstata	<input type="checkbox"/> Delirium Tremens (DT)	<input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés).
Otros problemas mentales/físicos no enumerados anteriormente ( <i>sírvase detallar</i> ):		
Amplíe detalles de los problemas marcados anteriormente que haya experimentado <b>en los últimos seis meses</b> :		
¿Usa dentadura postiza, anteojos, lentes de contacto, audífonos o prótesis? ( <i>Sírvase especificar cuáles</i> ):		
Sírvase explicar antecedentes de cirugía ( <i>si se operó</i> ):		
Sírvase explicar antecedentes de hospitalizaciones ( <i>si alguna vez se internó</i> ):		

## Cuestionario médico de admisión

<b>Medicamentos</b>	
Haga una lista de los medicamentos que está tomando, su dosis y la farmacia que los surtió:	
Alergias a medicamentos (sírvese hacer una lista):	
Consumo de tabaco: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cantidad por día:	Consumo de sustancias durante los últimos 90 días: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### Riesgos de abstinencia

¿Consumo alcohol y benzodiazepinas (Xanax, Valium, Ativan, Klonopin) al mismo tiempo?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿cuándo fue la última vez que consumió los dos juntos? \_\_\_\_\_

¿Existe alguna posibilidad de que usted esté embarazada?  Sí  No

¿Está presentando ahora algún síntoma de abstinencia (temblores, agitación, dolor abdominal, sudor)?  Sí  No

¿Consumo drogas todos los días?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿cuándo fue la última vez que consumió drogas o alcohol? \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, ¿qué consumió y cuánto? \_\_\_\_\_