

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Pareja/Compañero

¿Con quién vive? _____

Orientación sexual (opcional): Heterosexual Bisexual Mismo Sexo Otro

Identidad de Género (opcional): Masculino Femenino Transgénero masculino Transgénero femenino Género no binario

Pronombres Preferidos (opcional): Él/suyo Ella/suya Ellos/suyos

Ocupación Actual: _____

¿Qué tipo de dieta sigue?

- Regular
- Baja en sal
- Libre de gluten
- Vegana
- Vegetariana
- Otra – describir: _____

¿Toma bebidas con cafeína? Sí No

En caso afirmativo, ¿de qué tipo? (Seleccione todas las que apliquen)

- Café
- Té
- Bebidas energéticas/soda
- Otra – describir: _____

¿Cuál selección describe mejor su relación con el

TABACO/NICOTINA?

- Nunca fumador
- Exfumador - ¿Fecha en que lo dejó? _____
- Fumador actual (seleccione todo lo que aplique)
 - Cigarrillos
 - Cigarrillos electrónicos/vaping
 - Puros
 - Pipa
- Anterior tabaco sin humo
- Actual tabaco sin humo

¿Cuál selección describe mejor su relación con el ALCOHOL?

- 2 o menos bebidas alcohólicas por día
- 3 o más bebidas alcohólicas por día
- No bebo alcohol
- Soy un alcohólico en recuperación

¿Usa drogas recreacionales? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué drogas usa?

- Anfetaminas (uppers, speed, mentanfetaminas)
- Benzos (Xanax, Klonopin, Altivan)
- Cocaína
- Heroína
- Otra – describa: _____

¿Consumo marihuana? Sí No

En promedio, ¿cuántos días a la semana realiza actividad física de moderada a extenuante? _____

¿Es sexualmente activo/a? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de anticonceptivo utiliza?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Dispositivo intrauterino |
| <input type="checkbox"/> Píldoras anticonceptivas | <input type="checkbox"/> Método del ritmo |
| <input type="checkbox"/> Condones | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas |
| <input type="checkbox"/> Anticonceptivo subdérmico | <input type="checkbox"/> Anillo vaginal |
| <input type="checkbox"/> Diafragma | <input type="checkbox"/> Vasectomía |
| <input type="checkbox"/> Inyección (Depo Provera) | <input type="checkbox"/> Coitus interruptus |

En las últimas dos semanas, ¿ha sentido poco interés o placer en hacer las cosas? Sí No

En las últimas dos semanas, ¿ha sentido decaimiento, depresión o desesperanza? Sí No

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

¿Cuáles síntomas ha tenido en las últimas dos semanas? (Seleccione todas las que correspondan)

General:

- Ganancia o pérdida de peso
- Fatiga
- Fiebre/Escalofríos
- Sudores nocturnos
- Inflamación de los ganglios linfáticos
- Caídas frecuentes
- Intolerancia al calor o frío

Cabeza:

- Dolor de cabeza
- Cambios en la visión
- Sangrado por la nariz
- Dificultad para tragar
- Problemas con los oídos

Tórax:

- Dificultad para respirar
- Sibilancias
- Tos
- Roncar
- Problemas al dormir

Pechos:

- Bulto o masa
- Secreción del pezón

Corazón:

- Dolor en el pecho
- Hinchazón de las piernas
- Latido del corazón irregular

Gastrointestinal:

- Nauseas
- Estreñimiento
- Vómitos
- Diarrea
- Heces negras o alquitranadas
- Dolor abdominal
- Acidez/Indigestión

Urinarios:

- Micción frecuente
- Sangre en la orina
- Dolor al orinar
- Incontinencia urinaria
- Incapacidad para orinar

Musculoesquelético:

- Dolor en las articulaciones
- Espasmos musculares
- Inflamación de las articulaciones
- Dolores musculares

Piel

- Cambios en lunares
- Erupción cutánea

Social:

- Depresión
- Ansiedad
- Considerar el suicidio
- Trastornos del sueño
- Autolesión intencional

Sexual:

- Problema con la función sexual
- Prácticas sexuales inseguras

Neurológico:

- Mareos
- Pérdida de la conciencia/desmayos
- Debilidad
- Pérdida de la memoria/atención
- Entumecimiento

- Otro – Por favor describa:

Solo Mujeres

- Secreción vaginal
- Dolor pélvico
- Periodos irregulares

Fecha del último periodo _____

¿Número de Embarazo? _____

¿Número de embarazos llevados a término? _____