

Adult – Spanish



Nombre Del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Cuestionario de Clínica para los Adulto

Para el paciente: Contestando las siguientes preguntas nos ayuda darle mejor cuidado hoy. Si la pregunta no es clara, por favor pida a la enfermera o al medico que se lo explique.

	Si	No	No Sabe
1. ¿Esta enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene usted alergias a medicamentos, alimentos o alguna vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿En el pasado ha tenido una reacción seria a alguna vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene usted un problema de salud de largo plazo con las siguientes enfermedades? Enfermedad cardiaca, pulmonaria, Asma, enfermedad de riñón, enfermedad metabólica (ejemplo; diabetes), anemia o alguna enfermedad sanguíneo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene usted cáncer, leucemia, VIH/SIDA, o cualquier otra problema del sistema inmunológico?_	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Toma cortisona, prednisona, otros esteroides, o drogas anticáncer o ha tenido tratamientos de rayos X?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene problemas con ataques, cerebro, u otros problemas con el sistema neurológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Durante el ultimo año ha recibido una transfusión de productos sanguíneos, o le han dado una medicamento llamado gammaglobulina inmunológica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Para mujeres: ¿Esta embarazada o hay la posibilidad de quedar embarazada en el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ha recibido algunas vacunas el las ultimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Esta recibiendo las vacunas hoy como un requisito para el colegio o la escuela?_	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Forma completada por: _____ Fecha: _____

Form reviewed by: _____ Date: _____

¿Trajo su expediente de vacunas con usted? Si No