



Santa Barbara Office
 517 W. Junipero St.
 Santa Barbara, CA 93105
 (805) 682-8844
 Fax (805) 682-6499

Goleta Office
 334 S. Patterson Ave., Ste. 120
 Goleta, CA 93111
 (805) 683-0055
 Fax (805) 683-0149

Carpinteria Office
 5565 Carpinteria Ave., Ste. 4
 Carpinteria, CA 93013
 (805) 684-4119
 Fax (805) 566-2181

Questionario De Salud Para El Adulto

Nombre: _____
 (Name)

Fecha De Nacimiento: _____
 (DOB)

1. Cuales son sus sintomas, preguntas o problemas de salud por su visita el día de hoy?
What symptoms, medical problems and concerns have prompted this visit today?

2. Cuales son sus conclusiones o metas que desea despejar con esta consulta?
What expectations do you have and what goals do you hope to accomplish by the conclusion of this office visit?

Questionario De Salud Le Adulto - Pajina 2 **Nombre:** _____

3. Por favor anote cualquier condicion medica o enfermedad cronica que tenga (como: alta presion, diabetes, etc.):

Please list any conditions or chronic illnesses you have (such as high blood pressure, diabetes, etc.)

Ninguna (*None*)

4. Por favor anote cualquier alergia que tenga a algun medicamento o comida:
Please list allergies to food or medications:

Ninguna (*None*)

5. Por favor anote todas las cirugias y las fechas o edad en que las haya tenido.
Please list all surgeries including the approximate date or age each was performed.

Ninguna (*None*)

6. Fuma? (Si acaso a parado de fumar, anote cuando paro definitivamente)
Y si todavia fuma, cuantos cigarros fuma fuma al día?
Do you smoke? If you no longer smoke, when did you quit? If still smoking, how much do you smoke?

Questionario De Salud Le Adulto - Pajina 3 **Nombre:** _____

7. Cuanto alcohol consume en una semana?
How much alcohol do you consume in a week?

8. Ha tenido alguna tendencia a ser alcoholico u otras sustancias quimicas?
Do you have a history of alcoholism or chemical dependency?

9. Cuando fue la última vez que se hizo un examen fisico o chequeo general?
When did you have your last complete physical exam or check up?

10. Cuando fue la última vez que fue vacunado (a) contra el tetano?
When did you have your last tetanus shot?

11. Ha tenido una sigmoidoscopia (un examen del colon para identificar tumores o quistes en el intestino)? Cuando?
Have you had a sigmoidoscopy (a screening test for colon polyps and tumors)? If so, when?

12. Ha tenido una examen completo del colon?
Have you had a total colonoscopy?

13. Cuando fue la última vez que se hizo un mamograma?
When did you have your last mammogram?

14. Se ha vacunado antes contra la pneumonia?
Have you ever had the Pneumovax or pneumonia vaccine?

15. Si usted es diabetico, cuando fue la ultima vez que tuvo un examen de la vista?
If you are diabetic, when did you have your last eye exam?

16. Ha tenido un examen de densidad mineral de los huesos (osteoporosis)? Cuando?
Have you ever had a bone mineral density (osteoporosis) test? If so, when?