

Cuestionario médico (historia clínica)

Estimada paciente, estimado paciente: ¡bienvenido/a a nuestra consulta! Para poder atenderle de la mejor manera posible, le rogamos que rellene este cuestionario. Todos los datos están sujetos al secreto médico.

1 Datos personales

Apellidos, nombre

Fecha de nacimiento

Calle, código postal, localidad

Profesión

Teléfono

Móvil

Correo electrónico

Médico de cabecera anterior

Contacto de emergencia (nombre, teléfono)

2 Enfermedades previas y actuales

Marque todas las enfermedades conocidas.

☐ Diabetes

☐ Hipertensión

☐ Enfermedad cardíaca

☐ Ictus

☐ Colesterol/lípidos elevados

☐ Trombosis / embolia pulmonar

☐ Mala circulación en las piernas

☐ Enfermedad pulmonar (asma, EPOC)

☐ Enfermedad de tiroides

☐ Enfermedad renal

☐ Enfermedad hepática

☐ Enfermedad digestiva

☐ Cáncer

☐ Enfermedad neurológica

☐ Enfermedad psíquica

☐ Trastorno de la coagulación

☐ Enfermedad infecciosa crónica

☐ Enfermedad de piel u ojos

Detalles / otras enfermedades:

Operaciones / accidentes (con año):

3 Medicamentos

Indique también anticoagulantes, inyecciones, sprays, parches, la píldora anticonceptiva y suplementos. Rellénelo solo si no tiene una lista de medicación aparte; en ese caso, tráigala sin más.

Medicamento	Dosis (p. ej. 5 mg)	mañana	mediodía	tarde	noche

4 Alergias e intolerancias

☐ No ☐ Sí, las siguientes (sobre todo a medicamentos):

5 Cuerpo y estilo de vida

Estatura (cm)	Peso (kg)	Deporte / ejercicio (qué, con qué frecuencia)
Tabaco: ☐ Nunca ☐ Sí: _____ cig./día, hace _____ años ☐ Antes, hasta _____		
Alcohol: ☐ No ☐ Ocasionalmente ☐ Regularmente, aprox.: _____		
Actualmente: ☐ embarazo ☐ lactancia ☐ Hepatitis B / C ☐ HIV		

6 Otros tratamientos y programas

¿En tratamiento con especialista? ☐ No ☐ Sí, con: _____

¿Programa para enfermos crónicos (DMP)? ☐ Cardiopatía isq. ☐ Diabetes ☐ Asma ☐ EPOC ☐ otro

7 Prevención y exploraciones

Último chequeo (desde 35 años): _____ Colonoscopia: ☐ No ☐ Sí, el _____

Último ECG / ergometría: _____ Cateterismo cardíaco: ☐ No ☐ Sí, el _____

Último control de tensión 24 h: _____ Último control oftalmológico: _____

Última vacuna antitetánica: _____ ¿Tiene cartilla de vacunación? ☐ Sí ☐ No

8 Antecedentes familiares

Padres, hermanos, abuelos

☐ Infarto	☐ Ictus	☐ Diabetes	☐ Hipertensión
☐ Cáncer	☐ Mala circulación en las piernas	☐ Trombosis	☐ Demencia

Detalles (quién, a qué edad, qué tipo de cáncer): _____

9 Situación personal

☐ En pareja ☐ Soltero/a ☐ Viudo/a ☐ Hijos, número: _____ ☐ Grado de dependencia

¿Hay algo más importante que debemos saber? _____

10 Recordatorios y consentimiento

¿Podemos recordarle los chequeos y vacunas pendientes?

☐ No ☐ Sí, por ☐ teléfono ☐ SMS ☐ correo electrónico

Confirmando que mis datos son completos y correctos según mi leal saber y entender. Acepto que la Praxis Sennewald (consulta conjunta del Dr. med. Rasmus M. Sennewald y la Dra. med. Julia Sennewald) guarde estos datos en mi historia clínica y los utilice para mi tratamiento. Los datos están sujetos al secreto médico y solo se comunicarán a terceros con mi consentimiento o sobre una base legal. Puedo revocar en cualquier momento mi consentimiento para los recordatorios.

Fecha _____

Firma del paciente (o representante legal) _____

¡Muchas gracias! Entregue el cuestionario en la recepción. Nuestros médicos le ayudarán con cualquier duda (el personal de recepción solo habla alemán).