



St. Francis
Student Wellness Center

**CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA
(MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE)**
Spanish

Nombre (Name)		Fecha de Nacimiento (Date of Birth)	Género (Sex) ☐ M ☐ F
Farmacia (Pharmacy)		Proveedor de Cuidado Primario (Primary Care Provider)	
Medicamentos (Medications)		Alergias (Allergies)	

Historia Médica del Estudiante	
Su estudiante alguna vez ha tenido:	
Asma/Sibilancia	☐ Sí ☐ No
Plan de Acción para el Asma	☐ Sí ☐ No
Neumonía	☐ Sí ☐ No
Varicela: _____ (año)	☐ Sí ☐ No
Infecciones Frecuentes de los Oídos	☐ Sí ☐ No
Problemas de Visión	☐ Sí ☐ No
Problemas de Audición	☐ Sí ☐ No
Problemas de la Piel/Eczema/Urticaria	☐ Sí ☐ No
Tuberculosis/Pulmón/Enfermedad	☐ Sí ☐ No
Enfermedad del Hígado/Hepatitis	☐ Sí ☐ No
Diabetes	☐ Sí ☐ No
Enfermedad de los Riñones	☐ Sí ☐ No
Infecciones de la Vejiga	☐ Sí ☐ No
Problemas Menstruales	☐ Sí ☐ No
Discapacidades Físicas o de Aprendizaje	☐ Sí ☐ No
Trastornos Hemorrágicos/Hemofilia	☐ Sí ☐ No
Infecciones de Transmisión Sexual	☐ Sí ☐ No
Problemas Emocionales/de Comportamiento	☐ Sí ☐ No
Depresión/Pensamientos Suicidas	☐ Sí ☐ No
Hospitalizaciones/Cirugías	☐ Sí ☐ No
Abuso Físico/Sexual	☐ Sí ☐ No
Abuso Emocional	☐ Sí ☐ No
Lesiones Óseas o Articulares	☐ Sí ☐ No
Problemas de Movilidad/Coordinación	☐ Sí ☐ No
Problemas Dentales	☐ Sí ☐ No
Obesidad/Sobrepeso	☐ Sí ☐ No
Trastornos Alimenticios	☐ Sí ☐ No
Anorexia Nerviosa	☐ Sí ☐ No
Bulimia	☐ Sí ☐ No
Trastorno de Desarrollo Intelectual	☐ Sí ☐ No
Trastorno de Déficit de Atención	☐ Sí ☐ No
Examen Dental	☐ Sí ☐ No
Use de Cinturón de Seguridad	☐ Sí ☐ No
Otras Preocupaciones: _____	

*Hospital/Cirugía (Enumere y Año): _____	

Historia Médica Familiar	
Algún padre (P), abuelo(a) (GP), tía (A), tío (U), hermana (S), o hermano (B) ha tenido:	
Alergias(Enumere) (Alimento o Medicina)	☐ Sí ☐ No

Asma/Sibilancia	☐ Sí ☐ No
Tuberculosis/Enfermedad del Pulmón	☐ Sí ☐ No
Fibrosis Quística	☐ Sí ☐ No
VIH/SIDA	☐ Sí ☐ No
Enfermedad del Corazón	☐ Sí ☐ No
Muerte Cardíaca Repentina	☐ Sí ☐ No
Hipertensión/Apoplejía/Ataque Cerebral	☐ Sí ☐ No
Colesterol Alto	☐ Sí ☐ No
Trastornos de la Sangre	☐ Sí ☐ No
Célula Falciforme/Drepanocítico	☐ Sí ☐ No
Anemia	☐ Sí ☐ No
Talasemia	☐ Sí ☐ No
Trastornos de Coagulación	☐ Sí ☐ No
Diabetes	☐ Sí ☐ No
Convulsiones	☐ Sí ☐ No
Enfermedad Mental	☐ Sí ☐ No
Depresión	☐ Sí ☐ No
Atentos de Suicidio	☐ Sí ☐ No
Cáncer de Mama	☐ Sí ☐ No
Cáncer Cervical	☐ Sí ☐ No
Cáncer Colorrectal	☐ Sí ☐ No
Otro Tipo de Cáncer: _____	☐ Sí ☐ No
Anomalías Congénitas	☐ Sí ☐ No
Pérdida de Audición	☐ Sí ☐ No
Problemas del Habla	☐ Sí ☐ No
Enfermedad de los Riñones	☐ Sí ☐ No
Abuso de Alcohol/Drogas	☐ Sí ☐ No
Hepatitis/Enfermedad del Hígado	☐ Sí ☐ No
Enfermedad Tiroidea	☐ Sí ☐ No
Problemas de Aprendizaje	☐ Sí ☐ No
Trastorno de Déficit de Atención	☐ Sí ☐ No
Trastorno de Desarrollo Intelectual	☐ Sí ☐ No
Violencia Familiar	☐ Sí ☐ No
Otras Preocupaciones: _____	

¿Algún miembro de la familia ha tenido una muerte inexplicable e inesperada antes de la edad de 50? ☐ Sí ☐ No	

Revisado por (Reviewed by)	Fecha de Revisión (Date of Review)
----------------------------	------------------------------------