

Cuestionario Físico del Bienestar Anual

Lista de doctores que ve regularmente:	Razones:	Mes/Año de su última cita
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si No Fuma actualmente o anteriormente

_____ Por cuantos años ha fumado

_____ Cuantos paquetes de cigarros de promedio fuma al día

Si No Le han hecho un examen de Cáncer de Colon (Colonoscopia)?

Fecha: _____ Doctor/Clínica: _____

Lista de vacunas que le han puesto en el último año en otra clínica/emergencias/farmacia

Fecha:

En las últimas dos semanas que tanto ha sido afectado/a por estos problemas?

(Circule su respuesta)

0= Para nada 1=Varios días 2=Mas de la mitad de los días 3= Casi todos los días

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Poquito interés o placer haciendo las cosas? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Sintiéndose triste, deprimido o sin esperanza? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Problemas quedándose dormido, durmiendo demasiado? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Sintiéndose cansado o con poca energía? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Pobre apetito o comer en exceso? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Sintiéndose mal sobre si mismo o sentirse como un perdedor o que le ha fallado a alguien? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Problemas concentrándose en cosas, como leyendo el periódico o viendo la televisión? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Moviéndose o hablando tan despacio que otras personal lo notan, o al contrario sintiéndose nervioso o mas inquieto que lo normal? | 0 | 1 | 2 | 3 |

9. Pensamientos de que estar muerto sería lo mejor o pensar en hacerse daño de alguna manera? 0 1 2 3

Salud del Hombre

Puede omitir la sección de abajo si usted ha completado esto antes y si nada ha cambiado

Si No Tiene antecedentes familiares con Cáncer en la próstata?

Si contesta si, que relación es a usted? _____ A que edad? _____

Salud de la Mujer

Puede omitir la sección de abajo si usted se atiende con un ginecólogo para su examen anual de bienestar o si lo ha completado antes y nada ha cambiado.

_____ Edad cuando tuvo su primer periodo menstrual

_____ Si ha estado embarazada, que edad tenía en su primer embarazo

_____ Fecha de su último periodo menstrual (primer día de su ultima menstruación)

_____ Fecha de su último mamograma

_____ Fecha de su último Papanicolaou

Si No Algún Papanicolaou anormal anteriormente

Si No Ha tenido una histerectomía

Si No Tiene antecedentes familiares con cáncer de los senos

Relación a usted: _____ Prueba genética "RCA"? Sí No No esta seguro

Edad cuando le diagnosticaron el cáncer: _____ Edad ahora: _____

Si No Tiene herencia Ashkenazi?

Si No Ha tomado pastillas de Estrógeno para la menopausia?

Si No Le han hecho biopsia de los senos?