

Cuestionario anual de salud-Adulto

Nombre:..... Edad:..... Fecha:.....
 Dirección:..... Población:..... CP:.....
 Ciudad:..... Provincia:..... País:.....
 Teléfonos de contacto: Fijo casa:..... Móvil:.....
 ¿Con quién vive?.....
 Contacto en caso de emergencia:..... Relación:..... Tlfno:.....

1.

Médico de Primaria	Médico Oncólogo
Nombre:	Nombre:
Centro de trabajo:	Centro de trabajo:
Dirección del centro:	Dirección del centro:
Teléfono:	Teléfono:

2. ¿Le gustaría que enviemos un informe acerca de su visita en la consulta de supervivientes?

- Médico Primaria Si No
- Médico Oncólogo Si No

3. ¿Le ha visto algún médico, ha estado hospitalizado o le han operado en el último año?

- Si No Si es así, explique:.....

4. Indique toda la medicación que toma de forma regular:

.....

5. ¿Es alérgico a algo? Si No

Si es así, indique cuales son:.....

6. ¿Se ha puesto alguna vacuna el año anterior?

- Si No Si es así, indique cuales son:.....

7. ¿Cuál es su estado civil?

- Soltero/a Vive en pareja Casado/a Divorciado/a Viudo/a

8. Estudios:

¿Qué estudios está cursando en la actualidad?.....
 ¿Cuál es el nombre del centro?.....
 Indique los estudios que tiene hasta la actualidad:.....
 ¿Tiene problemas de aprendizaje? Si No
 Si es así, especifique:.....

9. Laboral:

¿Está trabajando en la actualidad? Si No
 Actividad de la empresa:.....
 ¿Cuál es su ocupación y qué tareas desempeña?.....

 ¿Cuántas horas semanales trabaja?.....
 ¿Desde cuándo está en este puesto de trabajo?.....
 Indique trabajos anteriores y tiempo de permanencia en ellos:
 Trabajo1.
 Trabajo 2.
 Trabajo 3.
 ¿Tiene algún problema en su trabajo? Si No
 Si es así, indique cuáles son:.....

10. ¿Tiene algún seguro médico privado? Si No

Indique cual:.....

11. ¿Presenta alguno de los siguientes problemas?

Sensación frecuente de cansancio/fatiga	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Pérdida de peso inexplicable	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Aumento de peso inexplicable	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Fiebre inexplicable o sudor nocturno	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Sarpullido o cambios en la piel	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Cambios en lunar(es)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ubicación:
Algún nuevo bulto, chichón, alguna nueva inflamación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ubicación:
Aparecen moratones con facilidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Usa gafas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Última revisión:
¿Usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Problema de visión no se corrige con lentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Problema de audición	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Usa audífono?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Última revisión:
Frecuente congestión nasal, fiebre de heno o "alergia"	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Problemas dentales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Última revisión:
Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Bulto en el cuello	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Latidos del corazón rápidos o irregulares	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Inflamación o hinchazón de los pies o las manos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Pitos al respirar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Pérdida del apetito	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Náuseas o vómitos frecuentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Acidez estomacal frecuente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Dolor abdominal frecuente o intenso	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Estreñimiento frecuente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Sangre en las heces	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Dolor o escozor al orinar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Necesidad de orinar con frecuencia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sólo por la noche
Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Problemas sexuales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Acaloramientos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Dolor de articulaciones o huesos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ubicación:
Dolor frecuente en los músculos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ubicación:
Otro dolor frecuente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ubicación:
Temblores en las manos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Problemas de coordinación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Ataques, convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Programa de largo seguimiento de pacientes de cáncer pediátrico. Región de Murcia.
Cuestionario anual de salud-adulto (Atención Primaria /Consulta Largo Seguimiento)

Mareos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Problemas con la memoria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Frecuente sensación de preocupación/ansiedad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Frecuente sensación de tristeza/decaimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Cambio de humor frecuentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Dificultad para dormir	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Consume drogas ilegales?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Describe:
¿Fuma?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Edad de inicio: Cig/sem:
¿Fuma puros/pipa?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Con qué frecuencia?
¿Mastica tabaco o lo frota contra las encías?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Con qué frecuencia?
¿Ha fumado alguna vez?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuánto tiempo? Fecha en la que lo dejaste:
¿Fuma alguien en casa?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Bebe cerveza, vino, licor?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Bebidas/día

¿Cómo valoraría usted su salud generalmente?

Excelente Muy Bueno Bueno Aceptable Malo

12. Durante las 4 semanas anteriores:

Duermo bien por la noche	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo <input type="checkbox"/> Siempre
Cuando me despierto, me siento descansado	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo <input type="checkbox"/> Siempre
Tengo suficiente energía	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo <input type="checkbox"/> Siempre
Mi fatiga interfiere con mis actividades diarias	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo <input type="checkbox"/> Siempre
¿Cuántas veces se despierta durante la noche?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 o más
¿Cuántas horas duerme durante la noche?	<input type="checkbox"/> Menos de 4 <input type="checkbox"/> De 4 a 5 <input type="checkbox"/> De 6 a 7 <input type="checkbox"/> 8 o más
Su dolor corporal era:	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Muy suave <input type="checkbox"/> Suave <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Muy severo
Frecuencia del dolor:	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo <input type="checkbox"/> Siempre

13. ¿Hace ejercicio o practica deportes?

- No
 Rara vez
 De 1 a 2 veces a la semana: < de 30 min. 30 a 60 min. > de 60 min.
 3 o más veces a la semana: < de 30 min. 30 a 60 min. > de 60 min.

14. Durante el año pasado, ha tenido usted o ha tenido su esposa/compañera algún aborto espontáneo, feto sin vida o aborto?

- Si No
 Si es así, describa el estado del embarazo:.....
 Embarazada actualmente (FUR/FP:.....)
 Nacido (fecha:..... peso de nacimiento:..... sexo:.....
 Cesaria: Si No Parto prematuro: Si No
 Aborto espontáneo Aborto Nacimiento sin vida

15. ¿Durante el año pasado, ha cogido en adopción a algún niño?

- Si No Si es así, especifique:.....



16. ¿Ha sido diagnosticado durante el año anterior alguien en su familia de alguna de las siguientes enfermedades?

		Familiar	Edad
Cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Alta Presión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Infarto	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Embolia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Cirugía Cardíaca	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

13. ¿Tiene algún otro problema médico o preocupación acerca de su salud que no esté reflejado en el cuestionario?

Si No Si es así, especificar:.....
.....

14. ¿Hay algún otro aspecto relacionado con su salud que le preocupa o que desearía que supiéramos?

Si No Si es así, especificar:.....
.....

<p>15. ¿Quién completó este cuestionario?</p> <p><input type="checkbox"/> Usted (paciente)</p> <p><input type="checkbox"/> Madre</p> <p><input type="checkbox"/> Padre</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (especificar)</p>	<p>16. Lengua oficial de la persona que rellena el cuestionario:</p> <p><input type="checkbox"/> Español</p> <p><input type="checkbox"/> Inglés</p> <p><input type="checkbox"/> Árabe</p> <p><input type="checkbox"/> Otra (especificar)</p>
--	---

SÓLO PARA PACIENTES FEMENINOS.

17. ¿Has tenido la regla en el último año?

Si No Si es así: ¿Cuál es la fecha de su última regla?.....

¿Con qué frecuencia son sus ciclos? Cada.....días ¿Cuántos días le duran las reglas?
.....días Su ciclo es: Regular Irregular

Su flujo menstrual es: Leve Moderado Abundante

18. ¿Le ha hecho un examen pélvico, citología o mamografía en el último año?

Si No Si es así, marque la fecha y el doctor:.....

19. ¿Toma usted anticonceptivos u otras hormonas?

Si No Si es así, especifique cual y el tiempo que lo toma:.....
.....

20. ¿Se hace usted autoexploración de mamas?

- No
- Si_ de vez en cuando
- Si_ una vez al mes

**Cuestionario para realizar anualmente. Introducción de datos compartidos
Atención Primaria / Hospital en OMI / Selene / BENTO**

Más información sobre el programa: 968369031 (Dr. Juan Antonio Ortega García)
juan.ortega@carm.es / (Dr. Jose Luis Fuster Soler) josel.fuster@carm.es

