

CENTRO PACIFIC DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIA PACIFICSM

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE NUEVO

Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento

¿Cuál es el motivo de su visita?

¿Cómo se enteró del Centro Pacific de Trastornos del Movimiento? Marque todo lo que corresponda.

Nombre del médico de referencia _____

Página web Correspondencia Boletín Amigo / otro paciente Otro: _____

¿Es usted: Diestro Zurdo Ambidiestro?

Problemas médicos o diagnósticos previos: (o puede adjuntar una lista)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática o conmoción | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática |
| <input type="checkbox"/> Temblor | <input type="checkbox"/> Derrame | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta (Hipertensión) | <input type="checkbox"/> Ataxia (trastorno de la marcha) | <input type="checkbox"/> Depresión o ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (incluyendo nivel alto de azúcar en sangre) | <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia | <input type="checkbox"/> Distonía |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | |

Cirugías anteriores:

Lista de medicamentos, incluidas las dosis:

Puede adjuntar una lista. Por favor, incluya todos los suplementos, medicamentos sin receta y vitaminas.

Alergias o intolerancias:

Historia Social:

¿Es usted: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a Otro

¿En qué trabaja? Si está jubilado/a, ¿de qué trabajaba?

Consumo de tabaco (incluido el tabaco de mascar):

Nunca Antes (fecha aproximada de abandono) _____ Actualmente Máximo de paquetes por día _____

Consumo de cafeína: Nunca Antes Ocasional Frecuentemente Cant. promedio de bebidas por semana _____

Consumo de alcohol: Nunca Antes Ocasional Frecuentemente Cant. promedio de bebidas por semana _____

Consumo de drogas: Nunca Antes Ocasional Tipo y frecuencia _____

PÁGINA 1 DE 2

Pase a la siguiente página

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE NUEVO /CONTINUACIÓN

Historia familiar (No incluya su propia historia médico):

¿Tiene algún pariente consanguíneo que tenga lo siguiente:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre |
| <input type="checkbox"/> Temblor | <input type="checkbox"/> Trastorno de la marcha (desequilibrio) | <input type="checkbox"/> Tumor cerebral |
| <input type="checkbox"/> Distonía | <input type="checkbox"/> Demencia o pérdida de memoria | <input type="checkbox"/> Enfermedad nerviosa o muscular |
| <input type="checkbox"/> Derrame | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Tics o espasmos |

Otro: _____

Revisión de sistemas:

Por favor, indique si ha experimentado alguno de estos síntomas en las últimas semanas:

- General: pérdida de peso aumento de peso fiebre sudoraciones nocturnas fatiga falta de apetito
- Ojos: visión borrosa visión doble destellos, luces intermitentes, manchas o puntos en la visión
 Sensibilidad a la luz glaucoma líneas onduladas, en zigzag, giratorias, caleidoscopio
- Oídos, nariz, boca, garganta: pérdida de audición audición apagada zumbidos en los oídos mareos (vértigo)
 problemas para tragar presión en los senos paranasales secreción nasal dolor de oídos
 cambio en el sentido del olfato o del gusto
- Cardiovascular: falta de aire dolor o presión en el pecho palpitaciones (sensación de que el corazón se acelera)
 desmayos hinchazón en las piernas presión arterial baja presión arterial alta
 aturdido al pararse
- Pulmonar: tos sibilancias tos con sangre
- Gastrointestinal: náuseas vómitos diarrea estreñimiento incontinencia fecal
- Genitourinario: micción frecuente urgencia incontinencia problemas para orinar
 disfunción eréctil baja libido
- Neurológico: dolor de cabeza pérdida de memoria pérdida de conciencia entumecimiento u hormigueo
 debilidad calambres musculares temblor falta de coordinación
 caídas lesiones por caídas lentitud al caminar o al moverse
 marcha arrastrada postura encorvada balanceo reducido de los brazos arrastre de los pies
 rigidez muscular contracciones o sacudidas dificultad para hablar cambio de voz
- Psicológico: depresión ansiedad cambio de personalidad alucinaciones auditivas
 paranoia agitación alucinaciones visuales pensamientos suicidas
- Sueño: problemas para dormirse problemas para mantenerse dormido ronquidos
 respiración irregular durante el sueño patadas o puñetazos durante los sueños
 sueños vívidos o pesadillas piernas inquietas dormir demasiado durante el día
- Endócrino: intolerancia al frío intolerancia al calor aumento del tamaño de las manos o los dedos
 cambio en el tamaño de los rasgos faciales historia de los cálculos renales
Para las mujeres: períodos irregulares menopausia
- Piel / mama: estrías galactorrea erupciones
- Musculoesquelético: dolor articular hinchazón articular dolor muscular reducción del rango de movimiento
- Hematológico: sangrado hematomas uso de anticoagulantes
- Alérgico / Inmunológico: alergias ambientales nodos linfáticos hinchados bultos o hinchazón

Por favor, verifique que lo anterior es correcto. Firma del paciente/cuidador _____

Consultas que le gustaría abordar durante la visita de hoy:

1. _____
2. _____
3. _____

¿Está dispuesto a recibir información sobre posibles ensayos clínicos y eventos comunitarios?

Por favor, incluya su dirección de correo electrónico _____