GRANGER MEDICAL CLINIC

Dr. Komal Rastogi
Neurología

Cuestionario para pacientes nuevos

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____ N.° de cuenta: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ ☐ Diestro ☐ Zurdo

Médico que deriva: _____ Médico de atención primaria: _____

¿Ha ido alguna vez a un neurólogo? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ ¿Quién era el neurólogo? _____

¿Le han hecho algún examen neurológico? ☐ TC ☐ IRM En caso afirmativo, ¿dónde se lo hicieron? _____

Problema principal: _____

_____

Antecedentes de enfermedades actuales: _____

_____

Medicamentos actuales

Indique TODOS los medicamentos que toma actualmente, incluidos los de venta libre, las vitaminas y los suplementos:

_____

_____

_____

_____

Alergias a medicamentos: _____

Antecedentes quirúrgicos

Indique las cirugías que le han realizado: _____

¿Alguna vez pasó una noche en el hospital debido a una afección neurológica? (Esto no incluye visitas a la sala de emergencias [ER, por sus siglas en inglés]).☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuál fue el motivo? _____

Indique el hospital y las fechas aproximadas: _____

Antecedentes médicos (marque todo lo que corresponda)

☐ Alergia/fiebre del heno	☐ Neoplasia maligna en el SNC	☐ Fibromialgia	☐ Presión arterial alta
☐ Anemia	☐ Pólipos crónicos	☐ Enfermedad genitourinaria	☐ Colesterol alto
☐ Artritis	☐ Insuficiencia cardíaca congestiva	☐ Enfermedad por reflujo gastroesofágico	☐ VIH
☐ Asma	☐ Depresión/ansiedad	☐ Dolores de cabeza/migraña	☐ Latido cardíaco irregular
☐ Trastorno hemorrágico	☐ Trastorno dermatológico	☐ Dolores de cabeza/tensión	☐ Enfermedad hepática/hepatitis
☐ Diabetes	☐ Enfermedad de la columna cervical	☐ Lesión en la cabeza	☐ Enfermedad de la columna lumbar
☐ Fatiga crónica	☐ Enfermedad endocrina	☐ Ataque cardíaco	☐ Degeneración macular
☐ Neumonía	☐ Epilepsia/convulsiones	☐ Enfermedades cardíacas	☐ Disfunción sexual menstrual
☐ Soplo	☐ Enfermedad vascular periférica	☐ Enfermedad renal	☐ Enfermedad tiroidea
☐ Polio	☐ Cáncer pulmonar obstructivo crónico	☐ Fiebre reumática	☐ Temblor
☐ Úlcera péptica	☐ Enfermedad del músculo nervioso	☐ Lesión de la médula espinal	☐ Tuberculosis
☐ Nervio periférico	☐ Embolia pulmonar	☐ Accidente cerebrovascular	☐ Enfermedad venérea

Revisión de sistemas (general)

☐ Cardíaco	☐ Fatiga	☐ Hematológico	☐ Pérdida/aumento de peso
☐ Depresión	☐ Fiebre	☐ Musculoesquelético	
☐ Dermatológico	☐ Gastrointestinal	☐ Vascular periférico	
☐ Otorrinolargingológico	☐ Genitourinario	☐ Respiratorio	

Revisión de sistemas (neurológico)

☐ Visión borrosa	☐ Dificultad para sentir el gusto	☐ Letargo	☐ Equilibrio deficiente
☐ Cambios intestinales	☐ Dificultad para caminar	☐ Coordinación deficiente	☐ Pérdida del control de la vejiga
☐ Cambios en la visión	☐ Mareos	☐ Pérdida de la consciencia	☐ Adormecimiento/hormigueo facial
☐ Asfixia	☐ Visión doble	☐ Rigidez	☐ Debilidad en las piernas (derecha o izquierda)
☐ Concentración	☐ Babeo	☐ Memoria	☐ Adormecimiento de las piernas (derecha o izquierda)
☐ Confusión	☐ Náuseas/vómitos	☐ Zumbido en los oídos	☐ Pérdida de la visión (ojo derecho o izquierdo)
☐ Dificultad para masticar	☐ Alucinaciones	☐ Ronquera	☐ Pérdida auditiva (en el oído derecho o izquierdo)
☐ Dificultad para oler	☐ Dolores de cabeza	☐ Sensación de girar	☐ Cambios en la personalidad
☐ Dificultad para hablar	☐ Temblor	☐ Episodios de dolor	☐ Debilidad en las piernas (derecha o izquierda)
☐ Dificultad para tragar	☐ Adormecimiento de los brazos (derecho o izquierdo)		☐ Debilidad en los brazos (derecho o izquierdo)

Antecedentes familiares

	Padre	Madre	Padres del padre	Padres de la madre	Hermanos	Hijos
Cáncer						
Tumores en el SNC						
Demencia						
Diabetes						
Enfermedades cardíacas						
Presión arterial alta						
Migraña						
Neuromuscular						
Accidente cerebrovascular						
Enfermedad tiroidea						
Temblores						

Antecedentes sociales: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Pareja ☐ Divorciado ☐ Viudo Cantidad de hijos _____ Edad(es) _____

Profesión: _____ ¿Retirado? ☐ Sí ☐ No

¿Fuma tabaco? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuánto? _____

¿Consume alcohol? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuánto? _____

Otros consumos de drogas (anteriores o actuales): _____