

Fecha

Mes

Día

Año

Cuestionario de Infección por Bacterias

Paciente

Edad

Sexo

Fecha Nac

Mes

Día

Año

Originario de:

Vive en:

Motivo de Consulta:

Favor de contestar con una “X

¿Hace cuantos años tuvo su primer dolor de cabeza? Años

Fuerte

Mediano

Suave

Ocasional

Permanente

¿Hace cuantos años tuvo su primer dolor de cuello? Años

Fuerte

Mediano

Suave

Ocasional

Permanente

¿Hace cuantos años tuvo su primer dolor de columna o espalda? Años

Fuerte

Mediano

Suave

Ocasional

Permanente

Para ser llenado por el Médico

Fecha

Mes

Día

Año

Fecha

Mes

Día

Año

Fuerte

Mediano

Suave

Fuerte

Mediano

Suave

Fuerte

Mediano

Suave

Fuerte

Mediano

Suave

Fuerte

Mediano

Suave

Fuerte

Mediano

Suave

Fuerte

Mediano

Suave

Fuerte

Mediano

Suave

Fuerte

Mediano

Suave

Favor de contestar con una “X” los síntomas

¿Dolor al voltear la cabeza?

Sí

No

Fuerte

Mediano

Suave

¿Dolor de hombros?

Sí

No

Fuerte

Mediano

Suave

¿Dolor de codos?

Sí

No

Fuerte

Mediano

Suave

¿Dolor de manos?

Sí

No

Fuerte

Mediano

Suave

¿Dolor de cadera?

Sí

No

Fuerte

Mediano

Suave

¿Dolor de tobillos o pies?

Sí

No

Fuerte

Mediano

Suave

¿Dolor en las rodillas?

Sí

No

Fuerte

Mediano

Suave

¿Se le hinchan las manos?

Sí

No

Fuerte

Mediano

Suave

¿Se le hinchan los pies?

Sí

No

Fuerte

Mediano

Suave

¿Dificultad para caminar?

Sí

No

Fuerte

Mediano

Suave

¿Se siente cansado?

Sí

No

Fuerte

Mediano

Suave

Para ser llenado por el Médico

Fuerte

Mediano

Suave

Fuerte

Mediano

Suave

Fuerte

Mediano

Suave

Fuerte

Mediano

Suave

Fuerte

Mediano

Suave

Fuerte

Mediano

Suave

Fuerte

Mediano

Suave

Fuerte

Mediano

Suave

Fuerte

Mediano

Suave

Fuerte

Mediano

Suave

Total

/

Síntomas

Puntos

/

Síntomas

Puntos

/

Síntomas

Puntos

Consulta 1

Consulta 2

Consulta 3

Favor de contestar con una (X) los síntomas

Para ser llenado por el Médico

	Sí	No	Fuerte	Mediano	Suave		Fuerte	Mediano	Suave		Fuerte	Mediano	Suave
¿Tiene pérdida de fuerza en piernas o en brazos?	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐		☐	☐	☐
¿Se le duerme alguna parte de su cuerpo?	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐		☐	☐	☐
¿Cuál? _____													
¿A tenido ataques de panico o de miedo?	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐		☐	☐	☐
¿Siente dolor en los músculos?	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐		☐	☐	☐
¿Siente dolor al masticar?	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐		☐	☐	☐
¿Tiene mareos o pérdida del equilibrio?	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐		☐	☐	☐
¿Tiene Insomnio? ☐ ¿Duerme mucho? ☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐		☐	☐	☐
¿Se enoja por cosas mínimas y tiene problemas con su pareja, familiares o amigos?	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐		☐	☐	☐
¿Se le olvida lo que hace o lo que le dicen?	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐		☐	☐	☐
¿Escucha zumbidos o ruidos?	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐		☐	☐	☐
¿Se le cae el cabello?	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐		☐	☐	☐
¿Tiene pensamientos repetitivos molestos?	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐		☐	☐	☐
¿Tristeza o depresión?	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐		☐	☐	☐
¿Ha tenido dificultad para respirar?	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐		☐	☐	☐
¿Tiene palpitaciones en el corazón?	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐		☐	☐	☐
¿Siente “animalitos” que le caminan por la piel?	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐		☐	☐	☐
¿Tiene dolor con su regla?	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐		☐	☐	☐

Familiares con:

☐ Diabetes	☐ Artritis	☐ Cáncer	☐ Problemas mentales
☐ Padre	☐ Padre	☐ Padre	☐ Padre
☐ Madre	☐ Madre	☐ Madre	☐ Madre
☐ Hermanos	☐ Hermanos	☐ Hermanos	☐ Hermanos
☐ _____	☐ _____	☐ _____	☐ _____

¿Está enfermo de tiroides? ☐ Sí ☐ No ¿Ha tenido convulsiones, ataques o desmayos? ☐ Sí ☐ No

Observaciones: _____

¿Cuantos médicos ha visto anteriormente? _____
