

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento : _____

Historial médico: (Compruebe por favor si usted ha tenido cualquiera de los siguientes)

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso (físico, mental, sexual, verbal, etc.) | <input type="checkbox"/> Colesterol (alto) | <input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal |
| <input type="checkbox"/> Papanicolaou Anormal | <input type="checkbox"/> Dolor crónico | <input type="checkbox"/> Problemas renales/ vesicales |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo/consumo de drogas | <input type="checkbox"/> Depresión / trastorno mental | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad / nervios | <input type="checkbox"/> Epilepsia / convulsiones | <input type="checkbox"/> Accidente/ Lesión Grave |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedades genéticas | <input type="checkbox"/> Enfermedad sexual/venerias |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Glucoma/Cataratas | <input type="checkbox"/> Infarto Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la gota | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hemorrágica | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / migrañas | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Enfermedad estomacal/ Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Hepatitis (cualquier tipo) | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer / tumor | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | |

¿Tiene usted documento que indica de antemano la atención médica deseada en caso de discapacidad médica?

Si No

Historia de OB/GYN

Fecha del último papanicolaou: _____

¿Ha tenido alguna vez resultado anormal del papanicolaou? Si No Si sí, fecha y resultados _____

Fecha de la última mamografía: _____

¿Ha tenido alguna vez una mamografía anormal? Si No Si sí, fecha y resultados _____

¿Historial de histerectomía? Si No Si sí, ¿fecha y por qué? _____

¿Tiene un obstetra/GINECÓLOGO? Si No Si es así, ¿quién? _____

Edad de el primer período menstrual: _____ Fecha del último período menstrual: _____

Embarazos: Total # ___ Término completo ___ Aborto espontaneo ___ Aborto Provocado ___ Prematuro ___

embarazo ectópico ___

Complicaciones: _____

Historia quirúrgica

| Fecha o edad | Cirugía |
|--------------|---------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Hospitalizaciones

| Fecha o edad | Razón/Detalles |
|--------------|----------------|
| | |
| | |
| | |

Historia familiar (Por favor marque la casilla si corresponde)

| | Vivo (V) Fallecido (F) | Diabetes | Hipertensión | Enfermedad cardíaca | Infarto Cerebral | Mental Illness (Type?) | Cáncer (tipo) | Desconocido | Other |
|----------------|---------------------------|----------|--------------|------------------------|---------------------|------------------------------|------------------|-------------|-------|
| Padre | | | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | | | |
| Hermano(s) | | | | | | | | | |
| Hijo(s) | | | | | | | | | |
| Hija(s) | | | | | | | | | |
| Abuelo paterno | | | | | | | | | |
| Abuela paterna | | | | | | | | | |
| Abuelo materno | | | | | | | | | |
| Abuela materna | | | | | | | | | |
| Tio paterno | | | | | | | | | |
| Tia paterna | | | | | | | | | |
| Tio materno | | | | | | | | | |
| Tia materna | | | | | | | | | |

Otros (favor de explicar) _____

Historia social

¿Es usted un fumador actual? Si No Si no, ¿Alguna vez ha fumado? Si No

¿Cuántos por día? _____ ¿Por cuántos años? _____

¿Qué año dejaste de fumar? _____ ¿Está interesado en dejar de fumar? Si No

¿Utilizas otros productos tabaco? Si es así, ¿qué? _____

¿Bebes alcohol? Si No ¿Cuántas bebidas por día? ____ ¿Cuántas veces a la semana? _____

¿Usas drogas recreativas? Si es así, ¿qué? _____

¿Alguna vez tuviste un problema de alcohol o drogas en el pasado? Si No

¿Eres sexualmente activo(a)? Si No Solo una pareja Múltiples parejas

¿Algún antecedente de infecciones de transmisión sexual? Y si es así, ¿qué? _____

¿Bebes cafeína? Si No ¿Cuánto por día? _____

Ocupación: _____

Estado civil Soltero Casado Divorciado Viudo

¿Tienes hijos? Yes No ¿Cuáles son sus edades? _____

Evaluación del funcionamiento social

1. durante las últimas 4 semanas, ¿había alguien disponible si necesitabas y querías ayuda? Por ejemplo, si se sentía muy nervioso, solitario o azul, se enfermó y tuvo que quedarse en la cama, necesitaba alguien con quien hablar, necesitaba ayuda con las tareas diarias, o necesitaba ayuda para cuidarse. Sí, todo lo que quería sí, un poco sí, algunos sí, un poco no, no en absoluto elijo no contestar

2. ¿la falta de transporte lo mantuvo alejado de citas médicas, reuniones, trabajo, o de conseguir las cosas necesarias para la vida diaria? (Marque todas las que correspondan) sí, me ha impedido asistir a citas médicas o de recibir mis medicamentos. Sí, me ha impedido asistir a citas no médicas, reuniones, trabajo, o conseguir cosas que necesito. No. Elijo no contestar.

Información adicional

¿Algún otro miembro de la familia asiste a nuestras clínicas? y si es así,
¿quién? _____

¿Quién era su médico de atención primaria y domicilio? ¿Cuándo fue su última
visita? _____

¿Qué le gustaría discutir con el medico
hoy? _____

Medicamentos actuales (recetados, de venta libre, vitaminas, suplementos o herbarios)

| Nombre del medicamento | Dosis | ¿Con qué frecuencia? |
|---------------------------------|--------------|---|
| Ejemplo: nombre del medicamento | 5 mg | Una pastilla dos veces al día o una píldora diariamente |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Alergias (medicamentos, colorantes de rayos x, otras sustancias, estacionales, etc.)

| Nombre de la sustancia | Reacción |
|---------------------------------|----------------------|
| Ejemplo: nombre del medicamento | Urticaria, hinchazón |
| | |
| | |
| | |

Mantenimiento de la salud//Pruebas de detección/Pruebas Especial (fechas de sus últimos estudios/exámenes)

| Estudio/examen | Fecha aproximada/año | ¿Anormal? |
|--------------------------------------|-----------------------------|------------------|
| Examen físico/anual | | |
| Prueba de densidad ósea | | |
| Colonoscopia | | |
| Electrocardiogram | | |
| Prueba de esfuerzo | | |
| PSA (antígeno prostático específico) | | |
| Examen dental | | |
| Examen ocular | | |

Inmunización (fechas en las que recibió las vacunas)

| Inmunización | Fecha aproximada/año |
|---|-----------------------------|
| Vacuna contra la gripe | |
| Neumonía | |
| Tétanos | |
| Tdap (tétanos más tos ferina) | |
| Hepatitis B | |
| Gardasil | |
| Detección de tuberculosis <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg | |
| Shingles | |

¿Estarías interesado en recibirlas hoy? Si No

Revisión de sistemas (Circule síntomas que esté experimentando actualmente)

| | | |
|---|--|--|
| <p><u>General</u> Fiebre Escalofríos Sudores nocturnos Pérdida de peso Ganancia de peso Fatiga</p> <p><u>Ojos</u> Cambios en la visión Enrojecimiento de los ojos Drenaje ocular Dolor ocular Lentes correctivos</p> <p><u>Oreja, nariz y garganta</u> Cambios auditivos Dolor en el oído Drenaje del oído Congestión nasal Nariz moquea Secreción postnasal Sangrado nasal Dolor de garganta Cambios de voz</p> <p><u>Cardiovascular</u> Dolor torácico Palpitaciones/latidos rápidos Dificultad para respirar Dificultad para respirar al acostarse boca arriva Hinchazón en las piernas/pies Dolor de pierna/pie Varices</p> <p><u>Pulmonar</u> Dificultad para respirar en reposo Dificultad para respirar con el caminar Tos Silbidos en el pecho Ronquidos</p> | <p><u>Gastrointestinal</u> Dolor abdominal Náuseas Vómitos Acidez estomacal/indigestión Dificultad/dolor al tragar Cambio en las deposiciones Diarrea Estreñimiento Sangre en el excremento</p> <p><u>Genitourinarias Masculino</u> Dolor al orinar Orinar con frecuencia Necesidad urgente de orinar Flujo anormal de orina Incontinencia urinaria Sangre en la orina Problemas de erección Secreción del pene</p> <p><u>Genitourinarias Femenina</u> Dolor al orinar Orinar con frecuencia Necesidad urgente de orinar Incontinencia urinaria Sangre en la orina Secreción vaginal Dolor pélvico Periodos dolorosos Periodos irregulares</p> <p><u>Musculoesqueléticos</u> Dolor de cuello Dolor de espalda Dolor articular Dolor muscular</p> | <p><u>Tegumentario</u> Erupción Picazón Piel seca/sensible Masas de seno/bultos Secreción del pezón</p> <p><u>Neurológicos</u> Dolor de Cabeza Mareos Entumecimiento Debilidad Hormigueo Pérdida de memoria</p> <p><u>Psiquiátrico</u> Depresión Ansiedad Manía/euforia Cambios de Humor Alucinaciones</p> <p><u>Endocrino</u> Orinar con frecuencia Sed/beber excesivos Hambre excesiva Sensación de frío todo el tiempo Sensación de calor todo el tiempo</p> <p><u>Hematología, linfa</u> Inflamación de los ganglios linfáticos Hematomas excesivos Sangrado excesivo Anemia Historial de transfusión</p> <p><u>Alergia/Inmunología</u> Hinchazón labial/facial urticaria Irritación ambiental Alergias estacionales Alergias alimentarias</p> |
|---|--|--|