

HISTORIAL MEDICO (CONFIDENCIAL)

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Médico de atención Primaria: _____

Razón por su visita: _____

Medicamento: Escriba todos sus medicamentos recetados o sin receta	Dosis	Cantidad	Veces/día

Historial Médico (marque (☑) condiciones que tenga o haya tenido en el pasado)

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH Positivo | <input type="checkbox"/> Sangrado Rectal | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Recibió transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Cataratas |
| <input type="checkbox"/> Drogadicción | <input type="checkbox"/> Violencia Domestica | <input type="checkbox"/> Problemas de Próstata | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Condición Mental: _____ | <input type="checkbox"/> Sarampión |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Migraña |
| <input type="checkbox"/> Desorden Alimentario | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Hernia |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Cáncer de _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Problema de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple |
| <input type="checkbox"/> Bulto en el pecho | <input type="checkbox"/> Problemas Estomacales/Intestinal | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis Crónica | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Alergias **ES ALERGICO AL LATEX?** No Sí que reacción _____

Alergia (Medicamento o Ambiental)	Reacción

Historial Ginecológica

Edad cuando empezó menstruación: _____ Fecha de último periodo menstrual: _____

Fecha de último Papanicolaou: _____ Resultado: _____

Fecha de último Mamografía: _____ Resultado: _____

Escriba cualquier problema ginecológico que haya tenido en el pasado (ej. endometriosis, bulto en el pecho, menstruación irregular, sangrado abundante, dolor crónico en pelvis) _____

Historial Obstétrico (Por favor escriba cada embarazo que haya tenido aunque hubiese sido aborto.)

Parto (Aborto, Natural, Cesárea)	Fecha	Complicaciones	Edad

Historial Quirúrgico & Hospitalización

Escriba Tipo de Cirugía o Razón por Hospitalización	Mes/Año de Cirugía

Historial Medica Familiar (Por favor llene la información de salud sobre su familia y marque si algún familiar ha sido diagnosticado o ha recibido tratamiento médico con las siguientes enfermedades)

Relación	Edad	Estado de Salud	Edad cuando falleció	Cáncer	Diabetes	Hipertensión	Enfermedad del corazón	Enfermedad de la tiroides	Enfermedad pulmonar
Padre									
Madre									
Hija									
Hijo									
Hermanos									

Historial Social

Usa Tabaco: No Si Usaba Tipo: _____ #Años: _____ # cigarros/día: _____ Que tan pronto después de despertar fuma?: _____ Minutos Está Interesado en dejar el tabaco: No Si pensando en dejarlo

Exposición Pasiva al Tabaco: No Si

¿Sexualmente Activo? Si No Alguna enfermedad de transmisión sexual en el pasado? _____

Uso de drogas Ilícitas: No Si Usaba Tipo: _____ Cantidad/día: _____ #Años: _____ Año que paro : _____

Consumo de Alcohol: Nunca Mensual Semanal Diario Cuantas bebidas consume: _____

Consumo de Cafeína: Tipo – Café Te Soda # de tasas por día: _____

Ejercicio : 2-3x/semana 3-4x/semana Diario Nunca Ocasionalmente Raramente

Inmunizaciones

Hepatitis B: He recibido la serie entera de la vacuna contra el Hepatitis B

Vacuna contra la gripe: He recibido la vacuna contra la gripe este año.

Vacuna contra la neumonía: He recibido la vacuna contra la neumonía.

Tétano He recibido la vacuna contra el tétano.