Health Ministries Clinic
COMMUNITY HEALTH CENTER

HISTORIAL MÉDICO (CONFIDENCIAL)

Nombre:_____Fecha De Nacimiento: ___/___/___
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Proveedor de Cuidados Primarios: _____Fecha: ___/___/____

Razón de la visita: _____

Historial Médico (Marque las condiciones que tiene o ha tenido en el pasado)

☐ Anemia	☐ Enfermedad del Hígado	☐ Presión Arterial Alta	☐ Trastorno Alimentario
☐ Artritis	☐ Varicela	☐ Enfermedad del Corazón	☐ Depresión/Ansiedad
☐ Asma	☐ Enfermedad Renal	☐ Problemas de Tiroides	☐ Adicción a las Drogas
☐ Diabetes	☐ Bronquitis Crónica	☐ Problemas Estomacales/Intestinales	☐ Alcoholismo
☐ Enfisema	☐ Migrañas	☐ Demencia/Pérdida de Memoria	☐ SIDA/VIH Positivo
☐ Epilepsia	☐ Hemorragia Rectal	☐ Marcapasos	☐ Intento de Suicidio
☐ Gota	☐ Problemas de Próstata	☐ Trasplante de Órganos	☐ Violencia Doméstica
☐ Hernia	☐ Colesterol Alto	☐ Válvulas Cardíacas Artificiales	☐ Cáncer de_____
☐ Dolor de Pecho	☐ Esclerosis Multiple	☐ Transfusión de Sangre	☐ Condición Mental:_____
☐ Hepatitis	☐ Tuberculosis (TB)	☐ Trastorno Hemorrágico	☐ Otro: _____
☐ Derrame Cerebral	☐ Bulto en el Seno	☐ Neumonía	☐ Otro: _____
☐ Osteoporosis: en caso de que sí, indique el medicamento: _____			☐ Otro: _____

Medicamento(s):

Liste todos los medicamentos, con y sin receta	Dosis	Frecuencia

Alergias ¿ES ALERGICO AL LATEX? ❑No ❑SÍ En Caso de que sí, reacción _____

Alergias (Medicamentos o Ambiental)	Reacción

Historial Ginecológico

Edad en que comenzó su ciclo menstrual: _____ Fecha del último ciclo menstrual: ____/____/_____

Fecha del Último Papanicolau: _____ Resultado: _____

Fecha de la Última Mamografía: _____ Resultado: _____

Liste cualquier problema ginecológico en el pasado (por ejemplo, endometriosis, bulto en el pecho, ciclos irregulares, sangrado abundante, dolor pélvico crónico.) _____

Historial Obstétrico *(Por favor, complete por cada embarazo, aunque haya sido un aborto espontáneo o provocado).*

Tipo de Parto (Aborto Espontáneo, Aborto, Parto Vaginal, Cesárea)	Fecha	Complicaciones	Edad

Historial Quirúrgico y Hospitalización

Liste el Tipo de Cirugía o Motivo de Hospitalización	Mes/Año de la Cirugía

Historial Médico Familiar *(Por favor, complete la información de salud sobre su familia y marque si su familia ha sido diagnosticada o tratada por lo siguiente)*

Relación	Edad	Estado de Salud	Edad de Muerte	Cáncer	Diabetes	Hipertensión	Enfermedad del Corazón	Enfermedad de Tiroides	Enfermedad del Pulmón	Otro
Padre										
Madre										
Hija										
Hijo										
Hermanos										

Historial Social

Usa Tabaco ☐ SÍ ☐ No ☐ Anterior Tipo: _____ #Años: _____ # Cigarillos/Día: _____

¿Qué tan pronto después de despertarse fuma?:_____ Le interesa dejar el tabaco:☐ No ☐ SÍ ☐ Pensando en ello

Exposición pasiva al tabaco ☐ SÍ ☐ No

Uso Drogas Ilícitas ☐ SÍ ☐ No ☐ Anterior Tipo: _____ #Años: _____ #/Día: _____ Año Dejó: _____

Uso de Alcohol ☐ No ☐ Diario ☐ Semanal ☐ Mensual ☐Social Cuántas bebidas por ocasión: _____

Activo Sexualmente ☐ SÍ ☐ No ¿Alguna enfermedad de Transmisión sexual en el pasado? En caso de que si, especifique: _____

Consumo de Cafeína ☐ Té ☐Soda ☐Café # de tazas al día: _____

Ejercicio ☐ 2-3x/Semana ☐Diario ☐ Ocasional ☐Nunca

Inmunizaciones

Tdap ☐ He recibido la vacuna de Tdap

Gripe ☐ He recibido la vacuna de la Gripe este año

Covid ☐ He recibido la vacuna del COVID este año

Hep B ☐ He recibido la serie de vacunas contra la Hep B

Culebrilla ☐ He recibido la serie de 2 vacunas contra la Culebrilla

Neumonia ☐ He recibido la vacuna de Neumonia

_____ _____ _____

Paciente/Guardían (Nombre Deletreado) Relación Paciente/Guardían (Firma)