

Nombre de Paciente _____ Fecha de nacimiento _____

HISTORIA MEDICA

¿Ha sufrido de los siguientes condiciones? Trace un círculo sobre Sí o No

¿Están los problemas activos? Trace un círculo sobre "A" para activo, "I" para inactivo.

- | | |
|--|--|
| 1. Cambio de peso inexplicable----- Sí No, "A" "I". | 27. Enfermedad de Colitis/Crohn Sí No, "A" "I". |
| 2. Diabetes----- Sí No, "A" "I". | 28. Hepatitis o ictericia ----- Sí No, "A" "I". |
| 3. Cáncer----- Sí No, "A" "I". | 29. Enfermedad de la vesícula ---- Sí No, "A" "I". |
| 4. Enfermedad de tiroides----- Sí No, "A" "I". | 30. Pancreatitis----- Sí No, "A" "I". |
| 5. HIV/VIH----- Sí No, "A" "I". | 31. Libido bajo ----- Sí No, "A" "I". |
| 6. Tensión arterial alta ----- Sí No, "A" "I". | 32. Problema sexual----- Sí No, "A" "I". |
| 7. Apoplejía----- Sí No, "A" "I". | 33. Enfermedades de riñon----- Sí No, "A" "I". |
| 8. Enfermedad cardíaca----- Sí No, "A" "I". | 34. Piedras del riñón, ----- Sí No, "A" "I". |
| 9. Dolor o estrechez de pecho ----- Sí No, "A" "I". | 35. Problema de orinar----- Sí No, "A" "I". |
| 10. Palpitaciones ----- Sí No, "A" "I". | 36. Problema de la próstata----- Sí No, "A" "I". |
| 11. Mareo----- Sí No, "A" "I". | 37. Artritis----- Sí No, "A" "I". |
| 12. Tobillos hinchados ----- Sí No, "A" "I". | 38. Radiacion de cabeza y cuello- Sí No, "A" "I". |
| 13. Fiebre reumática ----- Sí No, "A" "I". | 39. Enfermedades de la piel----- Sí No, "A" "I". |
| 14. Falta de aliento----- Sí No, "A" "I". | 40. Desórdenes de la sangre ----- Sí No, "A" "I". |
| 15. Asma ----- Sí No, "A" "I". | 41. Enfermedades venéreas ----- Sí No, "A" "I". |
| 16. Bronquitis/Enfisema----- Sí No, "A" "I". | 42. Dolor de cabeza ----- Sí No, "A" "I". |
| 17. Pulmonía ----- Sí No, "A" "I". | 43. Dolor de espalda baja ----- Sí No, "A" "I". |
| 18. Tos persistente ----- Sí No, "A" "I". | 44. Gota----- Sí No, "A" "I". |
| 19. Tuberculosis----- Sí No, "A" "I". | 45. Ansiedad----- Sí No, "A" "I". |
| 20. Alergias/sinusitis----- Sí No, "A" "I". | 46. Depresión/manica----- Sí No, "A" "I". |
| 21. Úlceras/acidez de estómago ----- Sí No, "A" "I". | 47. Desorden de comer----- Sí No, "A" "I". |
| 22. Indigestión----- Sí No, "A" "I". | 48. Abuso de alcohol ----- Sí No, "A" "I". |
| 23. Cambio en excrementos----- Sí No, "A" "I". | 49. Abuso de drogas ----- Sí No, "A" "I". |
| 24. Sangre en excrementos----- Sí No, "A" "I". | 50. Falta de la atención ----- Sí No, "A" "I". |
| 25. Estreñimiento ----- Sí No, "A" "I". | 51. Ataques/ epilepsia----- Sí No, "A" "I". |
| 26. Hemorroides ----- Sí No, "A" "I". | Otros _____ . |

Historia Ginecológica

52. Edad de su primera menstruación ____ . 53. Menstruación irregular? Sí No.
54. Menstruación. abnormal? Sí No, "A" "I". 55. Secreción vaginal abnormal? Sí No, "A" "I".
56. ¿Cuántos embarazos ha tenido? ____ . 57. ¿Cuántos abortos? ____ . 58. Menopausia? Sí No.

59. Enfermedades graves, enfermedades psiquiátricas, y las heridas pasadas - las fechas-

60. Estancias en hospital y las fechas: _____

61. HISTORIA DE CIRUGIAS Y FECHAS _____

62. MEDICACIONES, Vitaminas, suplementos, medicinas herbales _____

63. ALERGIAS-a drogas, tinta de rayos equis, o otras sustancias? Sí No. _____

HISTORIA DE LA FAMILIA GENETICA:

64. ¿Conoce su historia la genética familiar. Explique (adoptado, etc) _____
¿Alguien en la familia (padres genéticos, abuelos y hermanos) tiene las siguientes condiciones? ¿Quién las tiene? ¿A qué edad la diagnosticaron? Conteste en el espacio apropiado.
65. ¿Diabetes Mellitus ? Sí No. _____
66. ¿Ataque al corazón ? Sí No. _____

- 67. ¿Enfermedad cardíaca? Sí No. _____
- 68. ¿Hipertensión ? Sí No. _____
- 69. ¿Apoplejía ? Sí No. _____
- 70. ¿Cancer ? Sí No. _____
- 71. ¿Enfermedad mental ? Sí No. _____
- 72. ¿Adicción de alcohol/drogas ? Sí No. _____
- 73. ¿Enfermedad de sangrar ? Sí No. _____
- 74. ¿Glaucoma ? Sí No. _____
- 75. ¿Artritis ? Sí No. _____
- 76. ¿Hepatitis, SIDA, TB ? Sí No. _____
- 77. ¿Otros ? Sí No. _____

TABACO

- 77. ¿Fuma Ud.? Sí No. 78. Fumo _____ paquetes de cigarillos/cigarros al día desde hace _____ años.
- 79. Fumaba _____ paquetes de cigarillos/cigarros al día desde hace _____ años. Dejé de fumar en el año ____.
- 80. ¿Usa las drogas recreativas? Sí No. Describa _____

ALCOHOL

- 81. ¿Toma alcohol? Sí No. ¿Cuánto a la semana? _____.

INTERVENCION

- 82. Las vacunas infantiles rutinas (MMR, polio, DPT) están completas? Sí No.
- 83. ¿Hace ejercicio regularmente? Sí No. Describa _____.
- 84. ¿Tiene alguna inhabilidad física? Sí No Describa _____.

HISTORIA SOCIAL:

- 85. ¿Trabaja? Sí No. 86. Trabajo como _____ en _____.
- 87. Me retiré desde _____.
- 87. ¿Ama de casa? Sí No.
- 88. Estudiante en _____ ¿En qué año? _____.
- 89. Nivel de estudios _____.
- 90. ¿Le gustaría contarnos algo de su creencia religiosa o cultural que tiene que ver con su atención médica? Sí No. Describa _____.
- 91. ¿Le gustaría contarnos algo de su orientación sexual que tiene que ver con su atención médica? Sí No. Describa _____.
- 92. ¿Tiene un testamento vivo o directorios avanzados? Sí No. Si no, está interesado en más información? Sí No.

HISTORIA MATRIMONIAL:

- 93. ¿Tiene esposo/pareja? Sí No. Cuántos años juntos con él/ella? _____. Nombre de esposo/pareja: _____ . Edad: ____ . Profesión: _____.
- 94. ¿Tiene hijos? Sí No. Cuántos hijo (s) __, hija(s) __.
- 95. ¿Vive solo? Sí No. Vivo con _____.
- 96. ¿Se siente seguro en casa? Sí No. Describa _____.

Nombre de Paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Para los pacientes menos de 18 años de edad, por favor que uno de los padres llene y firme el formulario. Nombre de padre/madre _____

Firma de Paciente o padre/madre _____ Fecha _____
Firma de Doctor _____ Fecha _____

Dirección: _____

Teléfono/email: _____