

HISTORIAL MÉDICO – Página 1

Tómese unos minutos para llenar nuestro formulario de historial médico. LLENE todas las áreas, **ANVERSO Y REVERSO**, ANTES DE SU CITA. Sus respuestas ayudarán al proveedor a planificar y proporcionarle atención.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha de hoy: ____/____/____

Farmacia: _____ Ubicación de la farmacia: _____

INSTRUCCIONES MÉDICAS ANTICIPADAS: Marque (✓) todas las que correspondan

¿Tiene una persona con poder notarial para dirigir su atención médica? No Sí - Persona designada: _____

¿Tiene un testamento en vida/instrucciones de no resucitar? No Sí

¿Es usted un donante de órganos? No Sí

Equipo de atención al paciente: Responda a todas las preguntas.

Especialidad:	Nombre/Grupo:	Fecha de la última visita:	Especialidad:	Nombre/Grupo:	Fecha de la última visita:
Obstetra/ Ginecólogo					
Oculista					

HISTORIAL MÉDICO ACTUAL: Marque (✓) todas las que correspondan

<input type="checkbox"/> Adicción	<input type="checkbox"/> Hepatitis _____	¿Se encuentra actualmente bajo tratamientos para cáncer? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Tipo: _____	Otro: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia (colesterol alto)		
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Hipertensión (Presión arterial alta)		
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Síndrome de colon irritable (SCI)		
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal		
<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> Cálculos renales		
<input type="checkbox"/> Enfermedad del colon	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado		
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Migraña		
<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica/Enfisema	<input type="checkbox"/> Osteoporosis		
<input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Otra enfermedad mental	
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Embolia pulmonar		
<input type="checkbox"/> Diabetes Melitus	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia		
<input type="checkbox"/> Próstata agrandada	<input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia		
<input type="checkbox"/> Reflujo/ ERGE	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel		
<input type="checkbox"/> Coágulo de sangre	<input type="checkbox"/> Accidente isquémico transitorio (AIT)		
<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco (IM)	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (ACV)		
	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides		

HOSPITALIZACIONES/CIRUGÍAS: Marque (✓) todas las que correspondan

<input type="checkbox"/> Apendicectomía	<input type="checkbox"/> Histerectomía (Parcial o total)	Otro: _____ _____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Derivación de arteria coronaria (Corazón abierto)	<input type="checkbox"/> Nefrectomía	
<input type="checkbox"/> Endarterectomía carótida	<input type="checkbox"/> Esplenectomía	
<input type="checkbox"/> Colectomía (Vesícula biliar)	<input type="checkbox"/> Amigdalectomía, Adenoidectomía	
<input type="checkbox"/> Bariátrico - (Derivación gástrica, Banda gástrica)	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica/Enfisema	

HISTORIAL FAMILIAR: Marque o describa a todos los miembros de la familia que correspondan

Enfermedad	Relación con usted
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____

HISTORIAL MÉDICO – Página 2

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Continuación - HISTORIAL FAMILIAR: Marque o describa a todos los miembros de la familia que correspondan

Enfermedad	Relación con usted
<input type="checkbox"/> Cáncer (¿qué clase?) _____	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Infarto cerebral (Accidente cerebrovascular)	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad genética (células falciformes, fibrosis quística)	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia (Colesterol alto)	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Hipertensión (Presión arterial alta)	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco, menor de 50 años de edad	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____

HISTORIAL SOCIAL: Marque o responda a cada pregunta.

Uso de tabaco:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Anterior (Año en que lo dejó _____) <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Exposición al humo <input type="checkbox"/> Cigarros electrónicos <input type="checkbox"/> Otro _____	
Uso de alcohol:	<input type="checkbox"/> Nunca bebe <input type="checkbox"/> Bebedor ocasional/social <input type="checkbox"/> _____ Número de bebidas alcohólicas/día	
Uso de drogas:	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro uso _____	
Uso de cafeína:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuánto? _____	
Ejercicio:	<input type="checkbox"/> Sedentario <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado	
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero N.º de hijos _____ N.º de nietos _____	Nombre del cónyuge: _____
Situación de vivienda:	<input type="checkbox"/> Independiente - <input type="checkbox"/> Solo o <input type="checkbox"/> con otras personas <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos <input type="checkbox"/> Centro de vida asistida <input type="checkbox"/> Con encargados del cuidado	
Empleo:	Trabajo/ocupación actual _____	
Activo sexualmente:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – con <input type="checkbox"/> Hombre/s <input type="checkbox"/> Mujer/es <input type="checkbox"/> Ambos N.º de _____ parejas sexuales	

HISTORIAL MÉDICO DE LA MUJER: Marque o responda cada pregunta.

Edad al primer período: ____ años de edad	¿Ya empezó/pasó por la menopausia? No <input type="checkbox"/> Sí- a los ____ años <input type="checkbox"/>
Número de días entre períodos: ____	Número de días que dura el período: ____ El flujo es: leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> fuerte <input type="checkbox"/>
Número total de: Embarazos: ____ Partos a término completo: ____	Número de: Partos vaginales: ____
Partos prematuros: ____ Abortos espontáneos: ____ Abortos electivos: ____	Cesáreas: ____
Complicaciones del embarazo: Ninguna <input type="checkbox"/> Sí- Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Preeclamsia <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Control natal: Ninguno <input type="checkbox"/> Píldoras anticonceptivas <input type="checkbox"/> DepoProvera <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Vasectomía de la pareja <input type="checkbox"/> Otros _____	

HISTORIAL MÉDICO – Página 3

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

ALERGIAS: Describa todas las alergias y el tipo de reacción (Ejemplo: Sulfa- sarpullido, Codeína- náusea, etc.)

Alergias:	Tipo de reacciones
1.	
2.	
3.	
4.	

MEDICAMENTOS ACTUALES: Apunte todos los medicamentos

Medicamento	Vitaminas/suplementos de venta libre	Dosificación	¿Con qué frecuencia?	Proveedor
Ejemplo: Lasix		20 mg	Dos veces al día	Dr. Jones
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Vacunas: Marque (N) todas las que correspondan ***Traiga una copia de sus registros de vacunas**

Vacunas para adultos	Fecha de administración	Vacunas para adultos	Fecha de administración
<input type="checkbox"/> Tétanos		<input type="checkbox"/> Herpes (zóster)	
<input type="checkbox"/> Neumonía		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Vacuna contra la gripe		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Hepatitis B		<input type="checkbox"/> Otro: _____	

ATENCIÓN PREVENTIVA: Apunte las fechas de su última prueba y resultados, si los conoce

Prueba	Fecha	Resultados
Mamografía		
Papanicolaou		
Colonoscopia		
Prueba de detección AAA (Aneurisma aórtico abdominal)		

PRUEBA DE DETECCIÓN DE DEPRESIÓN:

Durante las últimas dos semanas, he tenido poco interés o placer al hacer cosas: No Sí

Durante las últimas dos semanas me he sentido desanimado, deprimido o desesperanzado: No Sí