

Historial médico del adulto

Fecha de la cita: _____

Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____	Nació: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
----------------------	----------------------------	---

Esta información es muy importante para su salud. La ortografía correcta no es importante. Si necesita más espacio, por favor utilice el reverso del formulario.

¿Tiene alergia a algún medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alergias a: <input type="checkbox"/> Picaduras de avispa o abeja <input type="checkbox"/> Nueces <input type="checkbox"/> Huevos <input type="checkbox"/> Látex Otros <input type="checkbox"/> _____
---	---

INDIQUE TODA ENFERMEDAD ACTUAL -MENTAL Y/O MÉDICA	Edad en la que comenzó	NOMBRES, DOSIS Y POTENCIAS DE LOS MEDICAMENTOS <u>Incluya medicamentos de venta libre, vitaminas, medicamentos herbáceos/suplementos</u>
--	------------------------	--

CIRUGÍAS, HOSPITALIZACIONES Y FRACTURAS	AÑO	
--	-----	--

Cirujano/Ubicación		
---------------------------	--	--

Si necesita espacio adicional, por favor utilice el reverso de este formulario.

Nombres de proveedores anteriores, otros proveedores actuales, nombre y dirección de la clínica

HISTORIAL PERSONAL	HISTORIAL FAMILIAR
---------------------------	---------------------------

<p>¿Ha tenido varicela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Última vacuna contra el tétanos: _____ Vacuna contra hepatitis A: _____</p> <p>Vacuna contra influenza: _____ Vacuna contra hepatitis B: _____</p> <p>Vacuna contra el neumococo: _____</p> <p>Uso de tabaco: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> Actual # de cajetillas/día _____ Años como fumador(a) _____</p> <p>Uso de alcohol: <input type="checkbox"/> Sí, # de bebidas/semana _____ <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) Año: _____</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">(Biológico)</th> <th style="width: 5%;">Yo</th> <th style="width: 5%;">Padre</th> <th style="width: 5%;">Madre</th> <th style="width: 5%;">Abuelo Abuela</th> <th style="width: 5%;">Hermano Hermana</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Cardiopatía /ataque cardíaco</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Hipertensión</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Accidente cerebrovascular</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Cáncer(es): Mama</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">Cervical</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">Colon</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">Ovárico</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">Otro:</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Diabetes</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Convulsiones</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Adicción a las drogas / alcohol</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Enfermedad mental</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sangre: Hemorragia, coágulos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Problemas tiroideos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Colesterol alto</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Osteoporosis</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Asma</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otro:</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	(Biológico)	Yo	Padre	Madre	Abuelo Abuela	Hermano Hermana	Cardiopatía /ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	Cáncer(es): Mama	<input type="checkbox"/>	Cervical	<input type="checkbox"/>	Colon	<input type="checkbox"/>	Ovárico	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Adicción a las drogas / alcohol	<input type="checkbox"/>	Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	Sangre: Hemorragia, coágulos	<input type="checkbox"/>	Problemas tiroideos	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>																																																																								
(Biológico)	Yo	Padre	Madre	Abuelo Abuela	Hermano Hermana																																																																																																														
Cardiopatía /ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Cáncer(es): Mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Ovárico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Adicción a las drogas / alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Sangre: Hemorragia, coágulos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Problemas tiroideos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														

HISTORIAL ADICIONAL	
----------------------------	--

<p>Usted se identifica como: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero</p> <p>Tiene relaciones sexuales con: <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Ambos</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p> <p>¿Hay algún aspecto acerca de su sexualidad o salud sexual que le gustaría analizar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha experimentado abuso verbal/físico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha experimentado una posible exposición al VIH? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Uso de otras drogas (marihuana, cocaína, heroína, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿qué droga? _____</p>	
--	--

SI APLICA (fechas o año)	
<p>Último Papanicolaou y resultados: _____</p> <p>Última mamografía y resultados: _____</p> <p>¿Periodos regulares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No # total de embarazos: _____</p> <p>Anticonceptivos (si alguno): _____ # total de hijos nacidos vivos: _____</p>	

[Patient Label Here]