

## Forma de historical de salud

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Problema Presente \_\_\_\_\_

Farmacia preferida (incluir el dirección) \_\_\_\_\_

**Medicinas y dosages** (puede adjuntar lista o escriba en parte posterior): \_\_\_\_\_

**Alergias de la Medicina:** \_\_\_\_\_

**Activo Problemas:** Por favor compruebe cualquier de los siguientes que son problemas actualmente activos

### Ojos

Cambiar en visión

### Respiratorio

Tos/Resuello  
 Tos con sangre

### Piel

Sarpullido  
 Nuevo/cambiar en lunar

### General

Reciente Fiebre/Sudors  
 Pérdida de peso inexplicable  
 Fatiga/debilidad inexplicable

### Gastrointestinal

Acidez de estómago  
 Sangre o cambiar en intestino  
 Náuseas/vómito/diarrea  
 Dolor de abdomen

### Neurológico

Dolor de cabeza  
 Pérdida de la memoria  
 Delirio

### Genitourinary

Dolorido/Sangriento en orina  
 Fuga de orina  
 Micción nocturna  
 Supurar: pene or vaginal  
 Sangrado vaginal inusual  
 Preocupaciones con las funciones sexuales

### Oreja/Nariz/Gargamta/Boca

Difícil oír/resonante en las orejas  
 Fiebre del heno/alergias/congestion  
 Dificultad para tragar

### Psiquiátrico

Preocupación/Presión  
 Problemas de sueño

### Pecho

Tumor de pecho  
 Secreción de pezón

### Musculoskeletal

Musculares/articulares dolor  
 Reciente dolor de espalda

### Endo

Frío/calor intolerancia  
 Aumento sed/appetito

**Inmunizaciones** (fecha de la lista de la última vacunación por favor)

Hepatitis A \_\_\_\_\_  Hepatitis B \_\_\_\_\_  Influenza (flu) \_\_\_\_\_  MMR \_\_\_\_\_  
 Meningitis \_\_\_\_\_  Tétanos (Td) \_\_\_\_\_  Varicela (chicken pox) tiro o enfermedad \_\_\_\_\_  
 Pneumovax (nuemonía) \_\_\_\_\_  Tdap (tétanos and pretussis) \_\_\_\_\_

**Mantenimiento de la Salud pruebas de detección:** Lista la fecha y si los fueron anormales

Lípido (colesterol) \_\_\_\_\_ Anormal?  Sí  No    PSA(próstata) \_\_\_\_\_ Anormal?  Sí  No  
Colonoscopy \_\_\_\_\_ Anormal?  Sí  No    Densidad ósea \_\_\_\_\_ Anormal?  Sí  No  
Mammografía \_\_\_\_\_ Anormal?  Sí  No    Papanicolaou \_\_\_\_\_ Anormal?  Sí  No

**Historia médica personal:**

Enfermedad cardíaca: (especifique) \_\_\_\_\_  alta presión arteria  Colesterol alto  
 Asma/enfermedad pulmonar \_\_\_\_\_  Diabetes \_\_\_\_\_  Problema de tiroides  
 Cáncer (especificar) \_\_\_\_\_  Enfermedad renal \_\_\_\_\_  Otra \_\_\_\_\_

**Historia quirúrgica:** Enumere todas las operaciones anteriores y las fechas -

**Antecedentes familiares:** Indique a los miembros de familia (padres, hermanos, abuelos, tía o tío) con cualquiera de las siguientes condiciones.

Alcoholismo \_\_\_\_\_ Colesterol alto \_\_\_\_\_  
Cáncer, especificar tipo \_\_\_\_\_ Alta presión arterial \_\_\_\_\_  
Enfermedades del corazón \_\_\_\_\_ Derrame cerebral \_\_\_\_\_  
Depresión/suicidio \_\_\_\_\_ Sangrado o trastorno de la coagulación \_\_\_\_\_  
Trastornos genéticos \_\_\_\_\_ Asma/COPD \_\_\_\_\_  
Diabetes \_\_\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_

**Historia social:**

Uso del tabaco:

Cigarrillo  Nunca  Deje fecha \_\_\_\_\_  Fumador actual: packs/día \_\_\_\_\_ # de años \_\_\_\_\_

Otros Tobacco:  Pipa  Puro  Masticar  Interesados en dejar de fumar

Consumo De Alcohol: ¿Bebes alcohol?  No  Si #bebidas/semanas \_\_\_\_\_

Es su consumo de alcohol un motivo de preocupación para usted o para otras personas?  No  Si

Uso de Drogas: ¿Usas drogas recreativas?  No  Si

¿Has usado agujas para inyectarse drogas?  No  Si

Actividad Sexual:  Si  No  Actualmente no Actual pareja de sexo son::  Hombre  Hembra

Método de control de la natalidad: \_\_\_\_\_  No es necesario

¿Has tenido alguna enfermedades de transmisión sexual (ETS)?  No  Si

¿Le interesa ser evaluada para enfermedades de transmisión sexual  No  Si

**Otras preocupaciones:**

Consumo de Cafeína:  Nada  Café/ té /soda \_\_\_\_\_ Taza /día

Peso: ¿Está satisfecho con su peso?  No  Si

Dieta: ¿Cómo valora usted la dieta?  Bien  Justo(a)  Pobre

¿Come o bebe cuatro porciones de diario o soja diariamente o toma suplementos de calcio?  No  Si

Ejercicio: ¿Haces ejercicios regularmente?  No  Si ¿Cuánto tiempo (minutos)? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo de ejercicio? \_\_\_\_\_ Si usted no hace ejercicio, ¿por qué? \_\_\_\_\_

Seguridad: ¿Usa un casco de bicicleta?  No  Si ¿Utilizas constantemente los cinturones de seguridad?  No  Si

¿Violencia en el hogar es una preocupación?  No  Si ¿Usted ha sido abusado?  No  Si

¿Tienes un arma en su casa?  No  Si

¿Tienes un testamento en vida o un poder notarial duradero para su atención médica?  No  Si

**Socioeconomic:** Ocupación: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_

Años de educación/más alto grado: \_\_\_\_\_ Cónyuge: \_\_\_\_\_

Número de niños/edad: \_\_\_\_\_ ¿Quién vive en el hogar con usted? \_\_\_\_\_

**Historia femenina:** # Embarazos \_\_\_\_\_ # Parto \_\_\_\_\_ # Aborto \_\_\_\_\_ # aborto (natural or espontáneo)

Edad de inicio de los períodos: \_\_\_\_\_ Edad al final de los períodos: \_\_\_\_\_