

PATIENT HISTORY FORM
FORMULARIO DE HISTORIA DEL PACIENTE

Por favor indique todos los demás médicos/proveedores que lo estén tratando:

¿Qué espera lograr en su primera visita?

¿Cuáles son sus metas de salud?

HISTORIA MÉDICA PASADA

Tiene o ha tenido alguna vez:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Pólipos en el colon | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Vejiga hiperactiva |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Trastorno congénito | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Anorexia/Bulimia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problemas de próstata |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Drogadicción | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de sangrado | <input type="checkbox"/> Epilepsia (ataques) | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Infección de trans. sexual |
| <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal o péptica |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad de vesícula | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Bulto en el seno | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) | <input type="checkbox"/> Bocio | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno/alergias | <input type="checkbox"/> Migraña | |

Otros trastornos médicos (por favor indique): _____

HOSPITALIZACIONES Y CIRUGÍAS PASADAS

Año	¿Hospitalizado por?	Enfermedad/lesiones	Cirugías
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Nombre del paciente/Fecha de nacimiento _____ Iniciales del médico _____

HISTORIA FAMILIAR

	Madre	Padre	Hermana(s)	Hermano(s)	Hijos	AAM	AOM	AAP	AOP
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Alzheimer*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma/Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad o coágulos sanguíneos*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pólipos en el colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogadicción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gota/Cálculos renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque aquí si es adoptado. Puede saltar esta página si no conoce la historia de su familia biológica.

HISTORIA FAMILIAR ESPECÍFICA

Madre	<input type="checkbox"/> Viva/edad _____	<input type="checkbox"/> Fallecida/edad _____	<input type="checkbox"/> Causa: _____
Padre	<input type="checkbox"/> Vivo/edad _____	<input type="checkbox"/> Fallecido/edad _____	<input type="checkbox"/> Causa: _____
¿Cuántos hermanos/as tiene?	<input type="checkbox"/> Hermanos _____	<input type="checkbox"/> Hermanas _____	
¿Algún hermano/a fallecido?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Si contestó Sí:			
Edad _____	Causa _____	Edad _____	Causa _____
Edad _____	Causa _____	Edad _____	Causa _____
Edad _____	Causa _____	Edad _____	Causa _____

HISTORIA DEL USO DE TABACO			
¿Alguna vez ha usado tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No (Si NO, puede saltar las preguntas restantes en esta sección)	
Si contestó Sí, ¿tabaco en qué forma?	<input type="checkbox"/> Cigarrillos	<input type="checkbox"/> Pipa/Cigarro	<input type="checkbox"/> Rapé/masticable
¿Cuántos años ha fumado en total? _____			
Durante esos años, ¿cuál era la cantidad promedio de cigarrillos que fumaba por día? _____			
¿En qué año dejó de fumar?	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Todavía fumo	
Si todavía fuma, desea saber cómo tal vez podamos ayudarle a dejar de fumar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

HISTORIA SOCIAL			
¿Bebe alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Si contestó Sí, ¿cuántos tragos toma en promedio por semana? _____			
¿Alguna vez ha tenido un problema con el alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Usa drogas recreativas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si contestó Sí, por favor especifique: _____
¿Cuánto café/té/gaseosa bebe por día? _____			
Si todavía fuma, ¿desea saber cómo tal vez podamos ayudarle a dejar de fumar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Cuántos días por semana hace ejercicio?	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-4	<input type="checkbox"/> 5-7
Tipo: _____			
¿Está activo sexualmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No en el presente	<input type="checkbox"/> Nunca lo estuve
Su(s) pareja(s) sexual(es) es/son	<input type="checkbox"/> Hombres	<input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Ambos
¿Tiene alguna preocupación sobre su vida sexual?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Cómo caracterizaría su dieta?			
<input type="checkbox"/> Normal/mixta <input type="checkbox"/> Vegana/vegetariana <input type="checkbox"/> Saludable/californiana fresca <input type="checkbox"/> No como o casi no como carne roja			
<input type="checkbox"/> Libre de gluten <input type="checkbox"/> Bajos carbohidratos <input type="checkbox"/> Comida rápida y/o comida chatarra <input type="checkbox"/> Otra			

HISTORIA BIOGRÁFICA/OCUPACIONAL

¿Dónde nació y creció? _____

¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha completado usted?

Preparatoria (secundaria)

Algo de universidad

Graduado/a de la universidad

Diploma avanzado

Estado civil

Soltero/a/jamás me casé

Casado/a

Divorciado/a

Separado/a

Viudo/a

Vivo en pareja/pareja de hecho

Cantidad de hijos _____

¿Cuál es su ocupación actual o pasada? _____

Usted:

Está trabajando

Está jubilado/a

Es discapacitado/a

Está desempleado/a

PATIENT LABEL HERE

MEDICAMENTOS ACTUALES

Indique los medicamentos que está tomando ahora. Incluya medicamentos de venta libre y vitaminas o suplementos:

Nombre del medicamento	Dosis (potencia) y cantidad de píldoras por día	¿Cuánto hace que toma esto?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		

ALERGIAS, SENSIBILIDADES, INTOLERANCIAS ACTUALES

Alérgico/a a:	Efecto:

INFORMACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Último mamograma: _____ Último Papanicolaou: _____ Última colonoscopia: _____	
Última vacuna antitetánica: _____ Última vacuna Pneumovax/Prevnar: _____	
Menor de 26: ¿Ha recibido Gardasil (serie de vacunas contra el VPH)? _____ Fecha aproximada: _____	
Serie de vacunas previas contra la hepatitis B: _____ Serie de vacunas previas contra la hepatitis A : _____	
Mayor de 60: ¿Le han dado la vacuna Zostovax? _____ Fecha aproximada: _____	
¿Ha viajado fuera de EE.UU. en los últimos dos años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuándo? _____ ¿Adónde? _____	