



Fecha: \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE SALUD

Nombre: \_\_\_\_\_

Sus respuestas en este formulario ayudarán a su proveedor de servicios médica para entender mejor sus preocupaciones y condiciones médicas. Si usted está incómodo con cualquier pregunta, no la conteste. Si usted no puede recordar detalles específicos, por favor aproximado. Añade cualquier nota que usted creas que es importante. **TODAS LAS PREGUNTAS CONTENIDAS EN ESTE CUESTIONARIO SON OPCIONALES Y SE MANTENDRÁN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES.**

La razón principal para la visita de hoy: \_\_\_\_\_

Otras preocupaciones: \_\_\_\_\_

<b>ALERGIAS</b>	Haga una lista de cualquier alérgico (medicaciones, anestésicos, comida, picaduras de abejas, etc.) y cómo cada uno te afecta.	
<b><i>Alergia</i></b>	<b><i>Reacción</i></b>	
1		
2		
3		
4		
5		
<b>MEDICACIONES</b>	Haga una lista de todas las medicaciones que está tomando. Incluya drogas recetadas y medicaciones de venta libre, como vitaminas e inhaladores	
<b><i>Nombre de la Droga</i></b>	<b><i>Dosis</i></b>	<b><i>Frecuencia Tomada</i></b>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
<b>Farmacia Preferida</b>	<b>Teléfono</b>	
<b>Vacunas actualizadas?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé		

HISTORIAL MEDICO PASADO	CIRUGÍAS, FRACTURAS, ENFERMEDADES GRAVES	
RAZÓN	AÑO	HOSPITAL
1		
2		
3		
4		

VISITAS A LA SALA DE EMERGENCIAS		
VISITAR LA RAZÓN	FECHA/AÑO	HOSPITAL
1		
2		
3		
4		

POR FAVOR, RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS		
¿Tienes tuberculosis activa?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Tienes tos persistente > 3 semanas de duración?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Tienes tos que produce sangre?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Ha estado expuesto a alguien con tuberculosis?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Has viajado fuera de los Estados Unidos estos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

HISTORIAL MEDICO PASADO		Por favor, indique todos que aplican
<input type="checkbox"/> Desorden de la ansiedad	<input type="checkbox"/> Divertículos	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñón
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Cálculos
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Úlceras de pierna/pie
<input type="checkbox"/> Desorden hemorrágico	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática
<input type="checkbox"/> El coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Arteriopatía coronaria	<input type="checkbox"/> Enfermedad de reflujo	<input type="checkbox"/> Embolia pulmonar
<input type="checkbox"/> Claustrofobia	<input type="checkbox"/> VIH o sida	<input type="checkbox"/> Reflujo o úlceras
<input type="checkbox"/> Diabetes - Insulina	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral
<input type="checkbox"/> Diabetes - No Insulina	<input type="checkbox"/> Presión alta	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Diálisis	<input type="checkbox"/> Tiroides hiperactiva	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Cambio de peso reciente	

## HISTORIA DE LA SALUD FAMILIAR

<i>RELATION</i>	<i>¿VIVO?</i>		<i>EDAD</i>	<i>PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICATIVOS</i>
Abuela (maternal)	Si	No		<input type="checkbox"/> Adicciones <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Suicidio
Abuelo (maternal)	Si	No		<input type="checkbox"/> Adicciones <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Suicidio
Abuela (paternal)	Si	No		<input type="checkbox"/> Adicciones <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Suicidio
Abuelo (paternal)	Si	No		<input type="checkbox"/> Adicciones <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Suicidio
Padre	Si	No		<input type="checkbox"/> Adicciones <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Suicidio
Madre	Si	No		<input type="checkbox"/> Adicciones <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Suicidio
Hermano/hermana	Si	No		<input type="checkbox"/> Adicciones <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Suicidio
Hermano/hermana	Si	No		<input type="checkbox"/> Adicciones <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Suicidio
Hijos	Si	No		<input type="checkbox"/> Adicciones <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Suicidio

## HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

	<i>SI</i>	<i>NO</i>	
¿Tiene citas dentales regulares?			
¿Te sangran las encías?			
¿Ha tenido enfermedad encías?			
¿Le rechinas los dientes?			
¿Ha tenido aparatos ortopédicos?			
¿Tiene dolor en la boca?			
¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?			
¿Usas hilo dental?			¿Con qué frecuencia?
¿Ha tenido algún trauma en la cara o la boca?			¿Qué pasó y cuándo?
¿Usas Dentaduras Postizas o Parciales?			¿Cuántos años tienen?
¿Cuándo fue su último examen dental/limpieza?			

<b>HISTORIAL SEXUAL</b>	
¿Uso condones? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	# de parejas sexuales _____
¿Sexualmente activa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pareja sexual actual <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Ambos
¿Ha tenido una prueba de enfermedades de transmisión sexual? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene Interés de hacer una prueba de enfermedades de transmisión sexual? (Indique todos que aplican)	
<input type="checkbox"/> gonorrea <input type="checkbox"/> clamidia <input type="checkbox"/> herpes <input type="checkbox"/> verrugas genitales <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> hepatitis B o C	

<b>SOLO VAROES</b>	
<input type="checkbox"/> Descarga del pene	<input type="checkbox"/> Lesiones del pene
<input type="checkbox"/> Dificultades de erección	<input type="checkbox"/> Dificultad para orinar
<input type="checkbox"/> Waking at night to urinate	

<b>SOLO MUJERES (HISTORIA OBSTETRICA Y GINECOLÓGICA)</b>	
<input type="checkbox"/> Último Papanicolau    Fecha _____ Anormal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Picazón, ardor o flujo secreción vaginal
<input type="checkbox"/> Última mamografía    Fecha _____ Anormal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Fuga de orina <input type="checkbox"/> Sofoco
<input type="checkbox"/> Edad del primer periodo menstrual _____ <input type="checkbox"/> Fecha del último período menstrual _____	<input type="checkbox"/> Menopause    En caso afirmativo, edad o fecha del último período _____
<input type="checkbox"/> Numero de embarazos: _____ Partos: _____ Abortos naturales: _____ Abortos: _____	<input type="checkbox"/> Bulto o secreción del pezón
<input type="checkbox"/> ¿Cesárea? En caso afirmativo, ¿cuántas?: _____	<input type="checkbox"/> Coito doloroso
<input type="checkbox"/> Hemorragia entre los periodos	<input type="checkbox"/> Menopause
<input type="checkbox"/> Períodos pesados	<input type="checkbox"/> Otros métodos anticonceptivos utilizados:
<input type="checkbox"/> Dolor menstrual extremo	<input type="checkbox"/> Se levanta durante la noche para usar el baño

<b>HISTORIA SOCIAL</b>	
<b>Cafeína</b>	
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Denso    # de tazas al día _____	
<b>Alcohol</b> Nunca <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Menos de 3 veces a la semana <input type="checkbox"/> Más de 3 veces a la semana	
¿Cuántas bebidas a la semana? _____    Cerveza _____    Vino _____    Licor duro _____	
¿Ha creído que debe reducir la cantidad que bebe? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Ha estado molesto a causa de otras personas criticando sus hábitos de beber? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Se ha sentido mal o culpable por sus hábitos de beber? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Ha tenido una bebida a primera hora de la mañana para estabilizar los nervios o para deshacerse de una resaca? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

## HISTORIA SOCIAL ((continuación))

### **Tobaco**

¿Usa el tabaco?     Si    No                      Si no ahora, ¿lo usó en el pasado?     Si    No

- ¿Cigarrillos? - \_\_\_\_\_ paquetes al día
- ¿Masacada? - \_\_\_\_\_ cantidad al día
- ¿Cigarros - \_\_\_\_\_ número al día
- # de años - \_\_\_\_\_ o el año en que deja de fumar \_\_\_\_\_

### **Drogas**

¿Uso de drogas recreativas o callejeras?     Si    No  
En caso afirmativo, ¿qué drogas y cuánto?

## HISTORIA NUTRICIÓN

Alguna dieta específica:

Fuentes de proteína:

Ingesta de sal:     Bajo    Medio    Alto

Ingesta de azúcar:     Bajo    Medio    Alto

Porciones de fruta al día:

Estabilidad del peso:

Porciones de vegetales al día:

Intolerancias alimentarias:

Comidas diarias:

Agua al día:

Otros fluidos: (Café, té, soda)

Por favor, añada cualquier otra información de su salud que le gustaria que su proveedor sepa:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---