



HISTORIAL MÉDICO DE ADULTOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Cuál es la razón de su visita? _____

Indique cualquier alergia (medicamentos, ambiental, alimentos, etc.)	Reacción

Indique cualquier medicamento que toma actualmente (incluyendo vitaminas, hierbas, pastillas de dieta, medicamentos recetados y medicamentos comprados sin receta)	Dosis	Frecuencia

¿Qué farmacia usa usted? _____

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

- | | | | | | |
|--|---|----------------------------------|---|-----------------------------|---|
| Abuso como adulto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cataratas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | GERD | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Abuso cuando era niño | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Infarto de miocardio | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Depresión | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Alergias | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Meningitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia de células falciformes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ansiedad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de riñones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis/
trastorno de articulaciones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de TB | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Trastorno de
coagulación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad nerviosa/
muscular | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema/EPOC | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Úlceras estomacales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
- ¿Qué tipo? _____

Indique cualquier otra condición médica: _____

HISTORIAL MÉDICO DE MUJERES

- ¿Último Papanicolau? _____ ¿Tuvo resultados normales? Sí No ¿Tuvo un Papanicolau anormal antes? Sí No
- ¿Ha estado alguna vez embarazada? Sí No ¿Cuándo fue el primer día de su último periodo menstrual? _____
- ¿Ha estado alguna vez embarazada? Sí No ¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____
- ¿Cuándo fue su última mamografía? _____
- ¿Exposición al DES? Sí No

HISTORIAL DE CIRUGÍAS

Amigdalectomía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía de fracturas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Histerectomía,	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apendectomía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía de la columna	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reemplazo conjunto	
Cesárea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía de la vesícula	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	completo	
Cirugía cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía de mama	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ligadura de trompas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cirugía cosmética	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía de ojos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reemplazo de válvulas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Qué tipo? _____		Cirugía del cerebro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reparación de hernia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____		Cirugía del colon	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tercera extracción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cirugía de bypass de la	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía del intestino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	molar	
arteria coronaria		delgado		Vasectomía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Indique cualquier otra cirugía que usted haya tenido: _____

HISTORIA FAMILIAR

Se desconoce el historial médico de la familia Adoptado(a) Si indicó cáncer, ¿qué tipo de cáncer? _____

Otra condición en el historial médico de la familia: _____

Relación	¿Vive todavía?	Edad	Adicción a drogas/alcohol	Cáncer	Problemas cardiacos	Diabetes	Colesterol alto	Presión arterial alta	Enfermedad mental
Madre									
Padre									
Hermana									
Hermano									
Hija									
Hijo									

HISTORIAL SOCIAL

Uso de Tabaco ¿Usa actualmente? Sí No ¿Usó anteriormente? Sí No ¿Listo(a) para dejarlo? Sí No

Actualmente fumo algunos días? Sí No

Tipo de tabaco usado: Cigarrillos Pipa Puros Cigarrillos electrónicos Rapé Masticado

¿Cuántos paquetes fuma o fumó anteriormente por día? _____

¿Cuántos años ha fumado o fumó anteriormente? _____ ¿Qué año dejó de fumar? _____

Uso de Drogas Sí Nunca No actualmente

Type:

<input type="checkbox"/> Anfetaminas	<input type="checkbox"/> Crack	<input type="checkbox"/> Fenciclidina	<input type="checkbox"/> LSD	<input type="checkbox"/> Oxido nitroso
<input type="checkbox"/> Barbitúricos	<input type="checkbox"/> Disolventes	<input type="checkbox"/> Hachís	<input type="checkbox"/> Mescalina	<input type="checkbox"/> Psilocibina
<input type="checkbox"/> Benzodiazepinas	<input type="checkbox"/> Drogas inyectables	<input type="checkbox"/> Heroína	<input type="checkbox"/> Methamphetamine	<input type="checkbox"/> Vaping
<input type="checkbox"/> Cannabis	<input type="checkbox"/> Estimulantes recetados	<input type="checkbox"/> Ketamina	<input type="checkbox"/> Opiáceos	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Éxtasis			

¿Cómo usa estas drogas? Fumadas Inyectadas Otra: _____ ¿Cuántas veces por semana? _____

Uso de Alcohol Sí No No actualmente

Número de bebidas por semana _____ Vasos de vino (5oz) _____ Latas de cerveza (12oz) _____ Tragos de licor (1.5oz)

Sexualmente Sí No No actualmenteParejas: Hombres Mujeres Ambos Mujer transgénero
 Hombre transgénero Otro Elige no revelar No binario/
Género queer Interrogatorio**Activo(a)**Birth control: Abstinencia Píldora Parche Capuchón cervical Condón Diafragma Conciencia de fertilidad
 Implante Inyección DIU SIU Menopausia Ritmo Espermicida Esponja Cirugía Anillo vaginal Vasectomía
 Retiro Otro: _____

¿Cuántos hijos tiene usted? _____

Estilo de Vida¿Hace ejercicio? Sí No

¿Cuántas veces por semana? _____ ¿Por cuánto tiempo (horas o minutos)? _____

¿Sigue alguna dieta específica? Sí No

Si responde que sí, ¿qué tipo de dieta? _____

Ambiente en el Hogar¿Tiene un lugar estable en donde vivir? Sí Sí, pero me preocupa perderlo No (temporal, sin hogar, refugio, otro)¿Con qué frecuencia se siente solo(a)? Nunca Rara vez Algunas veces Con frecuencia Siempre Se negó a responder

¿Cuánto estrés ha experimentado en el último mes?

 Ninguno Un poquito Algo Bastante Demasiado
 Negó a responder¿Tiene a alguien a quien llamar para pedirle ayuda? Sí No**Saguridad en sus Relaciones**

Debido a que muchas personas experimentan una violencia o abuso y esto afecta su salud, estamos preguntando:

¿Con qué frecuencia alguna persona (incluyendo amigos y familiares) le hace a usted lo siguiente?:

Le lastima físicamente: Nunca Rara vez Algunas veces Con cierta frecuencia Muy frecuenteLe insulta o menosprecia: Nunca Rara vez Algunas veces Con cierta frecuencia Muy frecuenteAmenaza con lastimarlo: Nunca Rara vez Algunas veces Con cierta frecuencia Muy frecuenteLe grita o dice vulgaridades: Nunca Rara vez Algunas veces Con cierta frecuencia Muy frecuente

