



# Historial de salud del/la paciente

**Nombre del/la paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**¿Cuál es el motivo de esta visita?** \_\_\_\_\_

## Alergias y medicamentos

Anote toda alergia que tenga (medicamento, ambiente, alimento, etc.)	Reacción

¿Qué farmacia usa usted? \_\_\_\_\_

Anote todos los medicamentos que está tomando (incluyendo las que vienen con receta y sin receta médica, vitaminas, hierbas, pastillas para adelgazar)	Dosis	Frecuencia

## Historial Personal Médico

- |                              |   |                        |   |                     |
|------------------------------|---|------------------------|---|---------------------|
| Alergias                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema /COPD         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad muscular |
| Anemia                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reflujo ácido          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | de los nervios      |
| Ansiedad                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Insuficiencia cardiaca | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis        |
| Artritis/ desorden articular | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardiaco         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Convulsiones        |
| Asma                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | VIH/SIDA               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Derrame cerebral    |
| Cáncer                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Alta presión           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Abuso de sustancias |
| Si sí, que tipo: _____       |   | Enfermedad renal       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | controladas         |
| Depresión                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque cardiaco        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de       |
| Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                        |   | tiroides            |
- Por favor, anote cualquier otra condición de que se padece: \_\_\_\_\_

## Historial de salud de la mujer

- Fecha del último Papanicolaou \_\_\_\_\_ ¿Fueron normales los resultados?  Sí  No
- Antecedentes de Papanicolaou anormales  Sí  No Fecha de última menstruación \_\_\_\_\_
- ¿Tiene usted periodos normales?  Sí  No Fecha de la última mamografía \_\_\_\_\_
- ¿Ha estado embarazada?  Sí  No ¿Cuántas veces ha estado embarazada? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántos hijos tiene usted? \_\_\_\_\_

## Historial de cirugías

- |                       |   |                       |   |                    |   |
|-----------------------|---|-----------------------|---|--------------------|---|
| Apendectomía          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cirugía para vesícula | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Histerectomía      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cesárea               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cirugía del colon     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cirugía de columna | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cirugía para fractura | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                       |   |                    |   |
- Por favor, anote cualquier otra cirugía que haya tenido: \_\_\_\_\_

**(Por favor, termine el reverso)**

Pariente	Adicción al alcohol/drogas	Hipertensión	Cáncer	Diabetes	Colesterol alto	Problemas cardiacos	Enfermedad mental	Enfermedad de tiroides
Madre								
Padre								
Hermana								
Hermano								
Hija								
Hijo								

Desconozco antecedentes de mi familia       Fui adoptado/a

Sí ha seleccionado cáncer, ¿qué tipo fue? \_\_\_\_\_

Otros antecedentes familiares: \_\_\_\_\_

### Antecedentes sociales

Uso de alcohol:  Sí  No \_\_\_\_\_ # vasos de vino \_\_\_\_\_ # latas de cervezas \_\_\_\_\_ # tomas de licor  
 \_\_\_\_\_ # de bebidas que contienen 0.5 onzas de alcohol

¿Está usted activo/a sexualmente?       Sí  No      Parejas:  Hombres  Mujeres  Ambos

Tipo de sexo:  Oral  Vaginal  Anal

Control prenatal/protección (si usa, por favor, describa): \_\_\_\_\_

Uso de sustancias controladas  Sí  No      Marque que sustancias usa:  Crack  Cocaína  Éxtasis  LSD  
 Intravenoso  Heroína  Marihuana  Metanfetaminas  Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces por semana usa? \_\_\_\_\_ ¿De qué manera consume?  Fumar  Inyectarse  Otra \_\_\_\_\_

¿Se ha preocupado algún miembro de su familia o amigo acerca de su consumo de drogas o alcohol?  Sí  No

Uso del Tabaco  Sí  No      Tipo de tabaco que usa:  Cigarrillo  Cigarro  Pipa  E-Cigs  Rapé  Masticar

¿Cuánto fuma usted? \_\_\_\_\_ paquetes por día      Años de uso: \_\_\_\_\_ Año que dejó: \_\_\_\_\_

¿Está usted preparado ahora para dejar?  Sí  No

¿Hace usted ejercicio físico?  Sí  No      ¿Sigue alguna dieta específica?  Sí  No

Sí marco que sí, ¿qué tipo de dieta sigue? \_\_\_\_\_

### Ambiente del hogar

¿En qué tipo de vivienda reside usted?       Unifamiliar  Multifamiliar  Temporaria  Sin hogar

¿Hay personas que usan o fuman tabaco en su hogar?       Sí  No      ¿Tiene usted dinero para las utilidades?       Sí  No

¿Hay alguien en su hogar que consume drogas regularmente?       Sí  No      ¿Hay alguien en el hogar que padece de una enfermedad mental?       Sí  No

¿Hay armas de fuego en el hogar?       Sí  No      Si marco que sí, ¿está siendo tratada esa persona en la actualidad?       Sí  No

¿Hay alguien que está siendo lastimado/pegado o tocado inapropiadamente en el hogar?       Sí  No      ¿Tiene usted suficiente dinero para la vivienda?       Sí  No

¿Tiene usted suficiente dinero para los alimentos?       Sí  No      ¿Tiene usted medios de transporte para llegar a sus citas?       Sí  No

¿Se siente seguro/a en su hogar?       Sí  No      ¿Tiene usted el sexo por dinero, drogas, o vivienda?       Sí  No

¿Con quienes vive usted?# \_\_\_\_\_ Adultos # \_\_\_\_\_ Niños