

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE (COMPLETE TODAS LAS PÁGINAS)

Las respuestas que usted brinde en este formulario ayudarán a su equipo de atención médica a obtener un historial preciso sobre sus inquietudes y afecciones médicas o sobre las de su hijo. Haga todo lo posible por completar las tres páginas. Si no puede recordar detalles específicos o si tiene preguntas e inquietudes sobre la información que estamos solicitando, hable con su equipo de atención médica.

Proveedor de atención médica actual		
¿Tuvo anteriormente un proveedor de atención primaria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Marque una)	En caso afirmativo, enumere:
¿Cuenta con el servicio de un dentista?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Marque una)	En caso afirmativo, enumere:

### Alergias:

Fuente: (medicamentos, polen, comida, animales, otros)	Tipo de reacción:

### Medicamentos actuales: (incluya aquellos con receta, sin receta, suplementos, vitaminas y hierbas)

Nombre del medicamento	Dosis	Cantidad de veces por día	Motivo	Prescrito por

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_

Mantenimiento de la salud:	Sí	No
¿Visitó al dentista el año pasado?		
¿Tuvo algún examen de la vista el año pasado?		
¿Visitó a algún médico este año?		

### Vacunas:

Marque las vacunas que haya recibido y anote el año si lo recuerda.

Vacuna:	Año:	Vacuna:	Año:
Vacuna contra la gripe		Neumonía (P13, P23)	
Hepatitis A		Culebrilla (Shingrex, Zostanax)	
Hepatitis B		Tétanos	
VPH		Tétanos/Tos ferina (DTAP, TDAP)	
MMR		Vacuna contra la varicela	
Polio		H. Influenza	
Meningitis		Otra:	

### Hospitalización e historial quirúrgico (incluido psiquiátrico):

Motivo:	Fecha	Lugar	¿Pasó la noche?

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**¿Ha tenido alguna de las siguientes pruebas de detección?**

Prueba de detección u otra prueba	¿Completada u obtenida?	Fecha	Lugar	Resultado (Haga un círculo)	
<b>Colonoscopia</b> <i>Necesita escanear resultados para el historial clínico</i>	Sí o No			Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
<b>Examen de densidad ósea (DEXA)</b>	Sí o No			Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
<b>Pruebas cardíacas:</b> cateterismo, prueba de esfuerzo, ecocardiograma	Sí o No			Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
<b>Hepatitis B y C</b>	Sí o No			Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
<b>VIH</b>	Sí o No			Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
<b>Mamografía</b> <i>Necesitaremos los resultados para el historial clínico</i>	Sí o No			Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
<b>Citología vaginal</b> <i>Necesitaremos los resultados para el historial clínico</i>	Sí o No			Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

**Condiciones médicas pasadas y actuales.** Indique con una X si ha tenido o tiene lo siguiente:

Condición de la piel	Neurología
Eccema o psoriasis	Migraña o dolores de cabeza
Ojos y oídos	Convulsiones
Ceguera	Lesión cerebral traumática o conmoción cerebral
Pérdida de la audición	Retraso en el desarrollo
Respiración	Gastrointestinal
Asma	Intestino irritable, colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn
Neumonía	Músculo esquelético
Cardiovascular	Lesión de espalda o cuello
Hipertensión	Artritis
Colesterol alto	Urológico o renal
Cardiopatía	Cálculos renales
Endocrinología	Enfermedad renal crónica
Diabetes tipo 1	Infección frecuente del tracto urinario
Diabetes tipo 2	Emocional o conductual
Problemas tiroideos	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
Condiciones de la sangre	Discapacidad de aprendizaje
Anemia	Depresión
Problemas de sangrado o coagulación	Abuso de alcohol o drogas
<b>Otro:</b>	Ansiedad

**Antecedentes familiares:** indique con una X si un miembro de la familia tiene una de las siguientes condiciones:

Condición	Madre	Padre	Hermanos	Abuelos
Cardiopatía				
Hipertensión				
Cáncer (mama, ovario, colon, próstata)				
Diabetes				
Glaucoma				
Enfermedad mental				
Infarto				

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**Historial de nacimiento: complete para todos los pacientes hasta los 12 años**

**Sí**

**No**

¿Tuvo la madre biológica complicaciones con el embarazo (diabetes gestacional, preeclampsia, alguna infección, parto prematuro, etc.)?		
¿Parto vaginal?		
¿Cesárea?		
¿Complicaciones del recién nacido (bajo peso al nacer, problemas de audición, exámenes de detección del recién nacido)?		
Edad gestacional al nacer (semanas):	Edad materna:	

**Los determinantes sociales de la salud:**

**Vida laboral**

*Jubilado, desempleado, con licencia, discapacitado, trabaja desde casa. (Marque con un círculo)*

Trabajo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Años de educación o título más alto: \_\_\_\_\_

¿Asiste a la escuela actualmente?  Sí  No

En caso afirmativo: Grado: \_\_\_\_\_ Campo de estudio: \_\_\_\_\_

**Vida familiar**

Nombre del cónyuge o pareja: \_\_\_\_\_ Número de hijos: \_\_\_\_\_ Si es menor de 18 años, edad: \_\_\_\_\_

¿Quién vive en casa con usted? \_\_\_\_\_

¿Tiene mascotas?  Sí  No *En caso AFIRMATIVO indique cuáles:* \_\_\_\_\_

Actividades de ocio, participación en grupos, religión, trabajo voluntario, viajes recientes, otros intereses: \_\_\_\_\_

**Actividad sexual**

Sexualmente activo (marque una casilla)  Sí  No  Prefiero no hablar de ello

La pareja sexual es o ha sido (marque una casilla):  Mujer  Hombre  Prefiero no hablar de ello

Método anticonceptivo (marque todos los que correspondan): Condón, píldora, diafragma, otro: \_\_\_\_\_

¿Número de parejas sexuales en el último año? \_\_\_\_\_

**Información sobre el estilo de vida: consumo de tabaco**

Estado de fumador (*marque una casilla*):

Fumador actual, todos los días  Fumador actual, ocasional  Exfumador  Nunca he fumado

Detalles de consumo:

Fecha en que lo dejó: \_\_\_\_\_ ¿Por cuántos años fumó? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas cajetillas fumaba por día? \_\_\_\_\_

Fumador actual: Cajetillas por día: \_\_\_\_\_ Cantidad de años: \_\_\_\_\_

Otro tipo de tabaco (marque todos los que correspondan):  Pipas  Cigarros  Tabaco  Tabaco para masticar  Cigarro electrónico

¿Ha intentado dejar de fumar? (marque una casilla):  Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué ha utilizado para intentar dejar de hacerlo? \_\_\_\_\_

**Tratamientos alternativos:**

Acupuntura  Marihuana medicinal  Masaje

Medicina naturopática  Otro: \_\_\_\_\_

En los últimos 12 meses nos hemos preocupado si nuestra comida se acabará antes de tener dinero para comprar más:  Frecuentemente  A veces  Rara vez  Nunca

En los últimos 12 meses la comida que compramos no duró y no teníamos dinero para comprar más:

Frecuentemente  A veces  Rara vez  Nunca