

[Escribir texto]

Nombre del paciente: _____

HISTORIAL DEL PACIENTE (COMPLETE TODAS LAS PÁGINAS)

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

Proveedor de atención médica actual					
¿Tiene un proveedor de atención primaria que lo haya atendido previamente?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No (seleccione una opción)	<i>En caso afirmativo, indique:</i>
¿Tiene un dentista?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No (seleccione una opción)	<i>En caso afirmativo, indique:</i>

Alergias:

Fuente: (medicamentos, polen, alimentos, animales, otras)	Tipo de reacción:

Medicamentos actuales: (incluya los recetados, de venta libre, suplementos, vitaminas y hierbas)

Nombre del medicamento	Dosis	Cantidad de veces al día	Motivo	Recetado por

Farmacia de preferencia: _____

Cuidado de la salud:	Sí	No
¿Asistió a consulta con el dentista el año pasado?		
¿Se realizó un examen de la vista el año pasado?		
¿Asistió a consulta con el proveedor médico este año?		

Vacunas:

Marque todas las vacunas que le hayan colocado y anote el año si lo conoce.

Vacuna:	Año:	Vacuna:	Año:
Vacuna contra la gripe		Neumonía (P13, P23)	
Hepatitis A		Herpes zóster o culebrilla (Shingrix, Zostavax)	
Hepatitis B		Tétanos	
VPH		Tétanos con tos ferina (DTAP, TDAP)	
Sarampión, paperas y rubéola (Measles, Mumps, and Rubella, MMR)		Varicela	
Polio		H. Influenza	
Meningitis		Otra:	

[Escribir texto]

Nombre del paciente: _____

Historial de hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas (incluido el historial psiquiátrico):

Motivo:	Fecha	Lugar	¿Se quedó a pasar la noche?

¿Le han realizado alguna de las siguientes pruebas de detección?

Prueba de detección/otra	¿Realizada/obtenida?	Fecha	Lugar	Resultado <i>(encierre en un círculo)</i>
Colonoscopia Necesita resultados para el análisis del historial	Sí o No			Normal Anormal
Densitometría ósea (densidad ósea)	Sí o No			Normal Anormal
Pruebas del corazón: cateterismo, prueba de esfuerzo, eco	Sí o No			Normal Anormal
Hepatitis B y C	Sí o No			Normal Anormal
VIH	Sí o No			Normal Anormal
Mamografía <i>Necesitaremos los resultados para el historial</i>	Sí o No			Normal Anormal
Papanicolaou <i>Necesitaremos los resultados para el historial</i>	Sí o No			Normal Anormal

Afecciones médicas pasadas y actuales: Indique con una **X** si ha tenido lo siguiente:

Afección de la piel	Neurología
Eczema/psoriasis	Migraña o dolores de cabeza
Ojos/oídos	Convulsiones
Ceguera	Lesión cerebral traumática/conmoción cerebral
Pérdida de la audición	Retraso en el desarrollo
Respiratorio	Gastrointestinal
Asma	Intestino irritable/colitis ulcerosa/enfermedad de Crohn
Neumonía	Musculoesquelético
Cardiovascular	Lesión de espalda/cuello
Hipertensión	Artritis
Colesterol alto	Urológico/renal
Enfermedad del corazón	Piedras renales
Endocrinología	Enfermedad renal crónica
Diabetes tipo 1	Infección frecuente del tracto urinario
Diabetes tipo 2	Emocional/conductual
Problemas de la tiroides	TDAH (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad)
Afección de la sangre	Discapacidad de aprendizaje
Anemia	Depresión
Problemas de sangrado/coagulación	Abuso de alcohol o drogas
Otro:	Ansiedad

[Escribir texto]

Nombre del paciente: _____

Historial familiar: indique con una X si un miembro de la familia tiene una de las siguientes afecciones:

Afección	Madre	Padre	Hermanos	Abuelos
Enfermedad del corazón				
Presión arterial alta				
Cáncer (seno, ovario, colon, próstata)				
Diabetes				
Glaucoma				
Enfermedad mental				
Accidente cerebrovascular (ACV)				

Historia de nacimiento: complete por cada paciente hasta los 12 años

Sí **No**

¿La madre tuvo complicaciones con el embarazo? (DMG [diabetes gestacional], preeclampsia, infección, trabajo de parto prematuro, otra)?		
¿El parto fue vaginal?		
¿El parto fue por cesárea?		
¿Complicaciones del recién nacido (bajo peso al nacer, problemas de audición, exámenes de detección de recién nacidos)?		
Edad gestacional al nacer (semanas):	Edad de la madre:	

Determinantes sociales de la salud:

Vida laboral

Jubilado/desempleado/permiso de ausencia/discapacitado/trabajo desde casa. (Encierre una opción en un círculo)

Trabajo: _____

Empleador: _____

Años de educación o grado más alto:

¿Está estudiando actualmente? Sí No

En caso

afirmativo: Grado: _____ Curso de estudio: _____

Vida en el hogar

Nombre del cónyuge o pareja: _____ Cantidad de hijos: _____ Edades si son menores _____ de 18 años:

¿Quién vive en casa con usted? _____

¿Tiene mascotas? Sí NO *En caso afirmativo, indique:* _____

Actividades de ocio, participación en grupo, religión, trabajo voluntario, viajes recientes, otros intereses: _____

Actividad sexual

Sexualmente activo (marque la casilla): Sí No Prefiero no hablar del asunto

Las parejas sexuales son (marque la casilla): Femeninas Masculinas Prefiero no hablar del asunto

Método anticonceptivo (marque todas las opciones que correspondan): Preservativo, píldora, diafragma, otro: _____

¿Cantidad de parejas sexuales en el último año? _____

Información sobre el estilo de vida: Consumo de tabaco

Estado de fumador (*marque una opción*):

[Escribir texto]

Nombre del paciente: _____

- Actualmente fumo todos los días Actualmente fumo algunos los días Antes fumaba Nunca he fumado

Detalles del consumo:

Fecha en la que dejó de fumar: _____

¿Por cuántos años fumó? _____

¿Cuántos paquetes al día fumaba? _____

Fumador actual: _____

Paquetes al día: _____

Cantidad de años: _____

Otro tipo de tabaco (marque todas las opciones que correspondan):
¿Ha intentado dejar de fumar?
(marque una opción):

- Pipa Cigarrillo Rapé Mascada Cigarrillo electrónico
 Sí No

En caso afirmativo, ¿qué hizo para intentar dejar de fumar?

Tratamientos alternativos:

- Acupuntura Marihuana medicinal Masaje
 Remedios naturopáticos Otro: _____

En los últimos 12 meses, nos preocupaba que se nos acabara la comida antes de tener dinero para comprar más:

- A
 menudo es cierto A veces es cierto Pocas veces es cierto Nunca es cierto

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

- A
 menudo es cierto A veces es cierto Pocas veces es cierto Nunca es cierto