

**HISTORIAL MÉDICO – Página 1**

Tómese unos minutos para llenar nuestro formulario de historial médico. LLENE todas las áreas, **ANVERSO Y REVERSO**, ANTES DE SU CITA. Sus respuestas ayudarán al proveedor a planificar y proporcionarle atención.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Ubicación de la farmacia: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES MÉDICAS ANTICIPADAS:** Marque (✓) todas las que correspondan

¿Tiene una persona con poder notarial para dirigir su atención médica?  No  Sí - Persona designada: \_\_\_\_\_

¿Tiene un testamento en vida/instrucciones de no resucitar?  No  Sí

¿Es usted un donante de órganos?  No  Sí

**Equipo de atención al paciente:** Responda a todas las preguntas.

Especialidad:	Nombre/Grupo:	Fecha de la última visita:	Especialidad:	Nombre/Grupo:	Fecha de la última visita:
Obstetra/ Ginecólogo					
Oculista					

**HISTORIAL MÉDICO ACTUAL:** Marque (✓) todas las que correspondan

<input type="checkbox"/> Adicción <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Enfermedad del colon <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica/Enfisema <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Diabetes Melitus <input type="checkbox"/> Próstata agrandada <input type="checkbox"/> Reflujo/ ERGE <input type="checkbox"/> Coágulo de sangre <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco ( IM)	<input type="checkbox"/> Hepatitis _____ <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia (colesterol alto) <input type="checkbox"/> Hipertensión (Presión arterial alta) <input type="checkbox"/> Síndrome de colon irritable (SCI) <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Cálculos renales <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> Osteoporosis  <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel <input type="checkbox"/> Accidente isquémico transitorio (AIT) <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (ACV) <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides	¿Se encuentra actualmente bajo tratamientos para cáncer? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Tipo: _____ _____ _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Otra enfermedad mental _____ _____ _____	Otro: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
--	---	---	--

**HOSPITALIZACIONES/CIRUGÍAS:** Marque (✓) todas las que correspondan

<input type="checkbox"/> Apendicectomía <input type="checkbox"/> Derivación de arteria coronaria (Corazón abierto) <input type="checkbox"/> Endarterectomía carótida <input type="checkbox"/> Colectomía (Vesícula biliar) <input type="checkbox"/> Bariátrico - (Derivación gástrica, Banda gástrica)	<input type="checkbox"/> Histerectomía (Parcial o total) <input type="checkbox"/> Nefrectomía <input type="checkbox"/> Esplenectomía <input type="checkbox"/> Amigdalectomía, Adenoidectomía <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica/Enfisema	Otro: _____ _____ _____ _____ _____
--	--	---

**HISTORIAL FAMILIAR:** Marque o describa a todos los miembros de la familia que correspondan

Enfermedad	Relación con usted
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____



**HISTORIAL MÉDICO – Página 2**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Continuación - HISTORIAL FAMILIAR:** Marque o describa a todos los miembros de la familia que correspondan

Enfermedad	Relación con usted
<input type="checkbox"/> Cáncer (¿qué clase?) _____	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Infarto cerebral (Accidente cerebrovascular)	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad genética (células falciformes, fibrosis quística)	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia (Colesterol alto)	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Hipertensión (Presión arterial alta)	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco, menor de 50 años de edad	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____

**HISTORIAL SOCIAL:** Marque o responda a cada pregunta.

<b>Uso de tabaco:</b>	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Anterior (Año en que lo dejó _____) <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Exposición al humo <input type="checkbox"/> Cigarros electrónicos <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>Uso de alcohol:</b>	<input type="checkbox"/> Nunca bebe <input type="checkbox"/> Bebedor ocasional/social <input type="checkbox"/> _____ Número de bebidas alcohólicas/día
<b>Uso de drogas:</b>	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro uso _____
<b>Uso de cafeína:</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuánto? _____
<b>Ejercicio:</b>	<input type="checkbox"/> Sedentario <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado
<b>Estado civil:</b>	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero N.º de hijos _____ N.º de nietos _____ Nombre del cónyuge: _____
<b>Situación de vivienda:</b>	<input type="checkbox"/> Independiente - <input type="checkbox"/> Solo o <input type="checkbox"/> con otras personas <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos <input type="checkbox"/> Centro de vida asistida <input type="checkbox"/> Con encargados del cuidado
<b>Empleo:</b>	Trabajo/ocupación actual _____
<b>Activo sexualmente:</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – con <input type="checkbox"/> Hombre/s <input type="checkbox"/> Mujer/es <input type="checkbox"/> Ambos N.º de _____ parejas sexuales

**HISTORIAL MÉDICO DE LA MUJER:** Marque o responda cada pregunta.

Edad al primer período: ____ años de edad	¿Ya empezó/pasó por la menopausia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- a los _____ años
Número de días entre períodos: _____	Número de días que dura el período: _____ El flujo es: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> fuerte
Número total de: Embarazos: _____ Partos a término completo: _____	Número de: Partos vaginales: _____
Partos prematuros: _____ Abortos espontáneos: _____ Abortos electivos: _____	Cesáreas: _____
Complicaciones del embarazo: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Sí- <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Preeclamsia <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Control natal: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Píldoras anticonceptivas <input type="checkbox"/> DepoProvera <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Vasectomía de la pareja <input type="checkbox"/> Otros _____	

**HISTORIAL MÉDICO – Página 3**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ALERGIAS:** Describa todas las alergias y el tipo de reacción (Ejemplo: Sulfa- sarpullido, Codeína- náusea, etc.)

Alergias:	Tipo de reacciones
1.	
2.	
3.	
4.	

**MEDICAMENTOS ACTUALES:** Apunte todos los medicamentos

Medicamento	Vitaminas/suplementos de venta libre	Dosificación	¿Con qué frecuencia?	Proveedor
<b>Ejemplo: Lasix</b>		<b>20 mg</b>	<b>Dos veces al día</b>	<b>Dr. Jones</b>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

**Vacunas:** Marque (✓) todas las que correspondan \*\*\*Traiga una copia de sus registros de vacunas\*\*

Vacunas para adultos	Fecha de administración	Vacunas para adultos	Fecha de administración
<input type="checkbox"/> Tétanos		<input type="checkbox"/> Herpes (zóster)	
<input type="checkbox"/> Neumonía		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Vacuna contra la gripe		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Hepatitis B		<input type="checkbox"/> Otro: _____	

**ATENCIÓN PREVENTIVA:** Apunte las fechas de su última prueba y resultados, si los conoce

Prueba	Fecha	Resultados
Mamografía		
Papanicolaou		
Colonoscopia		
Prueba de detección AAA (Aneurisma aórtico abdominal)		

**PRUEBA DE DETECCIÓN DE DEPRESIÓN:**

Durante las últimas dos semanas, he tenido poco interés o placer al hacer cosas:  No  Sí

Durante las últimas dos semanas me he sentido desanimado, deprimido o desesperanzado:  No  Sí

**HISTORIAL MÉDICO – Página 4**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**REVISIÓN DE LOS SISTEMAS:** Marque todas las que esté experimentando *actualmente*.

<input type="checkbox"/> Se siente cansado o enfermo	<input type="checkbox"/> Sangre roja en las heces
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Diarrea
<input type="checkbox"/> Escalofríos	<input type="checkbox"/> Estreñimiento
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina
<input type="checkbox"/> Dolor en los senos nasales	<input type="checkbox"/> Micción frecuente, más de dos veces durante la noche
<input type="checkbox"/> Síntomas en el cuello	<input type="checkbox"/> Pérdida del control urinario
<input type="checkbox"/> Problemas de la vista	<input type="checkbox"/> Dolor al orinar
<input type="checkbox"/> Dolor de oídos	<input type="checkbox"/> Dolor en el costado
<input type="checkbox"/> Síntomas nasales	<input type="checkbox"/> Secreción vaginal
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Síntomas musculoesqueléticos
<input type="checkbox"/> Dolor o molestia en el pecho	<input type="checkbox"/> Hinchazón del tejido blando
<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Hinchazón del tejido blando localizado en ambas piernas
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Trastornos motrices
<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Trastornos sensores
<input type="checkbox"/> Sibilancia	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Acidez estomacal	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Insomnio
<input type="checkbox"/> Vómito	<input type="checkbox"/> Lesión en la piel
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Piel: un sarpullido
<input type="checkbox"/> Heces negras o alquitranadas	

**Información adicional que le gustaría compartir con el proveedor:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---