

# Formulario de antecedentes de salud del paciente

Por favor complete esta forma la historia mientras espera para ver a su médico. Toda la información es confidencial y es útil en el tratamiento.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

**Los síntomas / problemas:** Verificar los síntomas que actualmente tienen o han tenido en el último año.

<p><b>GENERAL</b></p> <input type="checkbox"/> Resfriado <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Desmayo <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Olvido <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> La falta de sueño <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Sudores <input type="checkbox"/>	<p><b>GASTROINTESTINAL</b></p> <input type="checkbox"/> Falta de apetito <input type="checkbox"/> Distensión <input type="checkbox"/> Los cambios intestinales <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Hambre excesiva <input type="checkbox"/> Sed excesiva <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Indigestión <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Sangrado rectal <input type="checkbox"/> Dolor de estómago <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Vómitos de sangre	<p><b>OJO, oído, nariz, THROAT</b></p> <input type="checkbox"/> Sangrado de las encías <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Ojos cruzados <input type="checkbox"/> La dificultad para tragar <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Dolor de oídos <input type="checkbox"/> Secreción del oído <input type="checkbox"/> Fiebre de heno <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Las hemorragias nasales <input type="checkbox"/> Tos persistente <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos <input type="checkbox"/> Los problemas del seno <input type="checkbox"/> Visión - parpadea <input type="checkbox"/> Otro	<p><b>Solo hombres</b></p> <input type="checkbox"/> Bulto en el pecho <input type="checkbox"/> Problemas de erección <input type="checkbox"/> Bulto en los testículos <input type="checkbox"/> De descarga del pene <input type="checkbox"/> Dolor en el pene <input type="checkbox"/> Otro ¿Ha tenido una mamografía? _____
<p><b>MUSCLE / JOINT / BONE</b></p> <input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Caderas <input type="checkbox"/> Atrás <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Manos <input type="checkbox"/> Espalda	<p><b>CARDIOVASCULAR</b></p> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea <input type="checkbox"/> Latido del corazón irregular <input type="checkbox"/> Presión arterial baja <input type="checkbox"/> Mala circulación <input type="checkbox"/> Latidos rápidos <input type="checkbox"/> Hinchazón de los tobillos <input type="checkbox"/> Venas varicosas	<p><b>PIEL</b></p> <input type="checkbox"/> Fácilmente abollado <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Comezón <input type="checkbox"/> Cambio en los lunares <input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Cicatrices <input type="checkbox"/> Llagas que no sana	<p><b>Solo mujeres</b></p> <input type="checkbox"/> Frotis de Pap <input type="checkbox"/> Sangrado entre períodos <input type="checkbox"/> Bulto en el pecho <input type="checkbox"/> Polor menstrual extrema <input type="checkbox"/> Sofocos <input type="checkbox"/> Secreción del pezón <input type="checkbox"/> Las relaciones sexuales dolorosas <input type="checkbox"/> El flujo vaginal <input type="checkbox"/> Otro Fecha de la última menstruación período: _____ Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____ Fecha de la última mamografía? _____ ¿Estás embarazada? _____ Numero de niños: _____

**Condiciones / enfermedades:** Verificar las condiciones que actualmente tienen o han tenido en el último año.

<input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Apendicitis <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Trastornos de la coagulación <input type="checkbox"/> Bulto en el pecho <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Bulimia <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Las cataratas	<input type="checkbox"/> Dependencia química <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Coto <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> VIH positivo <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Problema de próstata <input type="checkbox"/> La atención psiquiátrica <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Escarlatina <input type="checkbox"/> Carrera <input type="checkbox"/> Intento de suicidio <input type="checkbox"/> Problemas tiroideos <input type="checkbox"/> Amigdalitis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Las infecciones vaginales <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea
--	--	---	---

**Medicamentos:** Indique todos los medicamentos que está tomando actualmente.

**Alergias:** (Alimentos/Ambiental/Drogas)

¿Está tomando medicamentos prescritos?  si  No

Si no es así, ¿por qué? \_\_\_\_\_

Reacción: \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Historia familiar:** Complete la información de salud acerca de su familia.

Relación	Años	Estado de Salud	A la edad	Causa de la muerte	Comprobar si sus parientes de sangre tenían algo de lo siguiente: Enfermedades:	Relación con usted:
Padre					La artritis, la gota	
Madre					Asma, fiebre del heno	
Hermanos					Cáncer	
					Dependencia química	
					Diabetes	
					Las enfermedades del corazón, accidentes cerebrovasculares	
Hermanas					Alta presión sanguínea	
					Enfermedad del riñón	
					Tuberculosis	
					Enfermedad mental	
					Problemas hereditaria	

**Hospitalizaciones / Cirugías / enfermedades graves / lesiones:**

Año	Hospital	Motivo de Hospitalización y Resultado

**Hembra:**

Año de nacimiento	El sexo de nacimiento	Las complicaciones?

Fecha de la última Salud Física: \_\_\_\_\_

¿Tuvo algún laboratorio: \_\_\_\_\_: Radiografías: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

**inmunizaciones:**

Última triple vírica (sarampión, paperas, rubéola): \_\_\_\_\_

Última gripe: \_\_\_\_\_ Última Neumonía: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido un análisis de sangre trans¿fusión?  Si  No

En caso afirmativo, dar fechas aproximadas: \_\_\_\_\_

**La dieta / ejercicio:**

Tipo de dieta: \_\_\_\_\_

¿Hacer ejercicio? (Un círculo)

Sin Mínimo Moderado

**Victimización (circule por favor):**

Abuso físico    Abuso sexual    Abuso de Ancianos  
Molested adultos como infantiles    Víctima de Robo  
Violencia Víctima asalto citas    violencia doméstica  
La trata de personas Otros: \_\_\_\_\_

**Otro:**

Preferencias espirituales o culturales? \_\_\_\_\_

Proxy Salud \_\_\_\_\_

Duradera Poder para la Salud \_\_\_\_\_

Directiva anticipada  si  No

norteAME: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

El paciente no puede / no quieren discutir directiva anticipada

Dador de atención primaria \_\_\_\_\_

# Teléfono de Atención Primaria Dador \_\_\_\_\_

Certifico que la información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento. No haré responsable a mi doctor o cualquier miembro de su / su el personal responsable de los errores u omisiones que pueda haber cometido al llenar este formulario.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Revisado por \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Masculino:** último examen de auto-testicular \_\_\_\_\_

Historia de enfermedades de transmisión sexual?  si  No

¿Practica el sexo seguro?  si  No

¿Cómo se identifica a sí mismo?  Heterosexual  homosexual  Bisexual  Interrogatorio

**Hábitos saludables:** Y comprueba que las sustancias que utiliza y describir la cantidad que usa.

Cafeína	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> 1 o 2	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 5 o más
Tabaco	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> 1 paquete / sem	<input type="checkbox"/> 1 pk / día	<input type="checkbox"/> 2 PKS / día
¿Cuándo dejó de fumar?		¿Cuánto tiempo has fumado?		
Drogas	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Prescripción		<input type="checkbox"/> Recreativo
Alcohol	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Social	<input type="checkbox"/> 1-2 días	<input type="checkbox"/> 3 o más / día

¿Se consideraría su vivienda a ser:  Estable  Inestable

¿Visitas al dentista con regularidad?  Si  No      Fecha aproximada de la última cita con el dentista \_\_\_\_\_

**Riesgo de caída:**

¿Se ha caído en cualquier momento durante el año pasado?  Si  No

¿Cuántas caídas? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Lesión? \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda con las actividades cotidianas como preparar una comida o ir de compras?  Si  No

¿Está tratando de oír la televisión o la gente habla?  Si  No

**Ocupacional:** Está usted empleado?  Si  No

Ocupación: \_\_\_\_\_

Compruebe si su trabajo le expone a continuación:

	Estrés
	Levantar objetos pesados
	Movimiento repetitivo

Alguna vez ha sido expuesto a productos químicos o radiación?  Si  No