

Formulario de historial médico del paciente

Complete este formulario de historial mientras espera ver a su médico. Toda la información es confidencial y es útil en su tratamiento.

Nombre del paciente: _____ Fecha de hoy: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha del último examen físico: _____

Síntomas / problemas: Marque los síntomas que tiene actualmente o ha tenido en el último año.

GENERAL

- Escalofríos
- Depresión
- Mareo
- Desmayo
- Fiebre
- Olvido
- Dolor de cabeza
- Pérdida del sueño
- Pérdida de peso
- Nerviosismo
- Entumecimiento
- Suda
-

MÚSCULO / ARTICULACIÓN / HUESO

- Brazos Caderas
- atrás Piernas
- Pies Cuello
- Manos Espalda

GENITOURINARIO

- Sangre en la orina
- Micción frecuente
- Falta de control de la vejiga
- Dolor al orinar

Condiciones / Enfermedades: Verifique las condiciones que tiene actualmente o ha tenido en el último año.

- SIDA
- Alcoholismo
- Anemia
- Anorexia
- Apendicitis
- Artritis
- Asma
- Trastornos hemorrágicos
- Bulto en el pecho
- Bronquitis
- Bulimia
- Cáncer
- Cataratas
- Dependencia química
- Varicela
- Diabetes
- Enfisema
- Epilepsia
- Glaucoma
- Coto
- Gonorrea
- Gota
- Enfermedad del corazón
- Hepatitis
- Hernia
- Herpes
- Colesterol alto
- VIH positivo
- Nefropatía
- Enfermedad del hígado
- Sarampión
- Migrañas
- Aborto espontáneo
- Mononucleosis
- Esclerosis múltiple
- Paperas
- Marcapasos
- Neumonía
- Polio
- Problema de próstata
- Atención psiquiátrica
- Fiebre reumática
- escarlatina
- Carrera
- Intento de suicidio
- Problemas tiroideos
- Amigdalitis
- Tuberculosis
- Fiebre tifoidea
- Úlcera
- Infecciones vaginales
- Enfermedad venérea

Medicamentos: Enumere los medicamentos que está tomando actualmente.

Alergias: (Alimentos / Ambiental / Drogas)

¿Está tomando los medicamentos según lo prescrito? sí No

Reacción:

Si no es así, ¿por qué?

Nombre de la farmacia:

Teléfono:

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

Relación	Envejecer	Estado de Salud	Edad al morir	Causa de la muerte	Compruebe si sus parientes consanguíneos tenían alguno de los siguientes:
Padre					Artritis, Gota
Mamá					Asma, fiebre del heno
Hermanos					Cáncer
					Dependencia química
					Diabetes
					Enfermedad cardíaca, accidentes cerebrovasculares
Hermanas					Alta presión sanguínea
					Nefropatía
					Tuberculosis
					Enfermedad mental
					Problemas hereditarios

Hospitalizaciones / Cirugías / Enfermedades graves / Lesiones:

Año	Hospital	Razón de la hospitalización y resultado

Mujer:

Año de nacimiento	Sexo de nacimiento	Complicaciones?

Fecha del último examen físico de salud: _____

Masculino: Último autoexamen testicular _____

¿Tuvo alguno? Laboratorio: _____ Radiografías: _____ Otro: _____

¿Historia de enfermedades de transmisión sexual? Sí No

Vacunas: Última MMR (sarampión, paperas, rubéola): _____

¿Prácticas sexo seguro? sí No

Última gripe: _____ Última neumonía: _____

¿Cómo te identificas? Heterosexual

¿Alguna vez has tenido sangre? transfusión?

Homosexual Bisexual Interrogatorio

sí No

En caso afirmativo, indique fechas aproximadas:

Hábitos saludables: Verifique qué sustancias consume y describa la cantidad que consume.

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/semana	<input type="checkbox"/> 1 paquete/día	<input type="checkbox"/> 2 paquetes/día
¿Cuándo dejaste de fumar?				¿Cuánto tiempo fumaste?
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

Dieta / ejercicio:

Tipo de dieta: _____

¿Consideraría que su vivienda es: Estable Inestable

¿Hacer ejercicio? (Un círculo)

¿Visita al dentista con regularidad? Fecha aproximada de la última cita dental
 Sí No

No Mínimo Moderado

Victimización (marque con un círculo):

Abuso físico Abuso sexual Abuso de ancianos

Riesgo de caída:

Adulto molestado como víctima de robo infantil

¿Se ha caído en algún momento durante el año pasado? sí No

Víctima de asalto Violencia en el noviazgo Violencia doméstica

¿Cuántas caídas? _____ ¿Cuándo? _____

Trata de personas Otro: _____

¿Lesión? _____

Otro:

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

¿Preferencias espirituales o culturales?

¿Te esfuerzas por escuchar la televisión o hablar a la gente? Sí No

Proxy de atención médica

Ocupacional: Está usted empleado? Sí No

Poder notarial duradero para el cuidado de la salud

Ocupación:

Directiva anticipada Sí No

Compruebe si su trabajo lo expone a lo siguiente:

norteame: _____

Estrés

Relación: _____

Levantamiento pesado

Paciente que no puede o no desea hablar sobre las instrucciones anticipadas

Movimiento repetitivo

Proveedor de atención primaria

¿Alguna vez ha estado expuesto a sustancias químicas o radiación? Sí No

Número de teléfono de contacto del proveedor de atención primaria

Certifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender. No retendré a mi médico ni a ningún miembro de su personal responsable de cualquier error u omisión que pueda haber cometido al completar este formulario.

Firma _____

Fecha _____

Revisado por _____

Fecha _____