

# HISTORIAL MÉDICO

MEDICAL HISTORY

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Profesión (tipo de trabajo al cual se dedica) \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Femenino

Raza:  Blanco Caucasiano  Afroamericano  Indígena norteamericano

Hispanohablante  Procedente de países asiáticos  Otro: \_\_\_\_\_

Alergias a Fármacos, Tinte para Rayos X

O alguna otra sustancia?  sí  no

Si responde sí, por favor listar los nombres

de los fármacos y el tipo de reacción:

FÁRMACOS (RECETADOS, SIN RECETA,

VITAMINAS, PLANTAS MEDICINALES, ETC.)

Nombre del farmaco

Dosis

Nombre del farmaco	Dosis

## ANTECEDENTES MÉDICOS Y REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

Por favor marque en la casilla apropiada(s) si usted ha experimentado, o en estos momentos padece de alguno de los siguientes:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta             | <input type="checkbox"/> Pulmonía                 | <input type="checkbox"/> Pérdida o aumento de peso inexplicable                 |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel            | <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Tos persistente <input type="checkbox"/> Hemorroides   |
| <input type="checkbox"/> Desórdenes de la sangre            | <input type="checkbox"/> Cáncer                   | <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Alergia al polen |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas    | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón                               |
| <input type="checkbox"/> Colitis                            | <input type="checkbox"/> Ansiedad                 | <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Vómitos                |
| <input type="checkbox"/> Dolor o presión en el pecho        | <input type="checkbox"/> Malestar abdominal       | <input type="checkbox"/> Hepatitis o Ictericia                                  |
| <input type="checkbox"/> Depresión                          | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Indigestión <input type="checkbox"/> Estreñimiento     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides        | <input type="checkbox"/> Anemia                   | <input type="checkbox"/> Tobillos hinchados <input type="checkbox"/> Diarrea    |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia de cabeza o cuello    | <input type="checkbox"/> Alcoholismo              | <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Úlceras         |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza                  | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas          | <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Artritis               |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal                   | <input type="checkbox"/> Gota                     | <input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria                                    |
| <input type="checkbox"/> Cálculos o piedras Renales         | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre    | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática                                       |
| <input type="checkbox"/> Sangre en el excremento            | <input type="checkbox"/> Dificultad para orinar   | <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquitis               |
| <input type="checkbox"/> Cambios en hábitos intestinales    | <input type="checkbox"/> Dolores de espalda baja  | <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____                   |

## HISTORIAL DE INMUNIZACIÓN

Favor de listar y coloque las fechas de las vacunas que ha recibido

¿Hepatitis B?  no  sí ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Pneumovax?  no  sí  ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
¿Influenza/gripe?  no  sí ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Tétano?  no  sí  ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
¿Otra? \_\_\_\_\_  no  sí ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Otra?  no  sí  ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

## HISTORIAL GINECOLÓGICO Y OBSTÉTRICO

Último período menstrual: \_\_\_\_\_ Último Papanicolaou: \_\_\_\_\_ Última Mamografía: \_\_\_\_\_  
 Último examen de los senos: \_\_\_\_\_ Edad cuando le empezaron sus períodos: \_\_\_\_\_  
 Frecuencia: \_\_\_\_\_ Duración de sus periodos: \_\_\_\_\_ Embarazos: \_\_\_\_\_  
 Partos: \_\_\_\_\_ Abortos espontáneos: \_\_\_\_\_ Método anticonceptivo: \_\_\_\_\_  
 Sangrado prolongado o anormal:  sí  no Favor describir \_\_\_\_\_  
 Fuga de orina  sí  no Favor describir \_\_\_\_\_  
 Dolor en la pelvis  sí  no Favor describir \_\_\_\_\_  
 Flujo vaginal anormal  sí  no Favor describir \_\_\_\_\_  
 Historial de papanicolaou anormal  sí  no Tipo de tratamiento \_\_\_\_\_  
 ¿Se autoexamina los senos?  sí  no

### CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE EXAMINÓ SU...

¿Colesterol? \_\_\_\_\_ ¿Sangre en el excremento? \_\_\_\_\_ ¿Próstata? \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

### FAMILY HISTORY

*¿Algún miembro de su familia (incluyendo padres, abuelos, hermanos-as)  
 ha tenido las siguientes enfermedades o trastornos médicos?*

*Any of your family (including parents, grandparents and siblings) ever had the following:*

Enfermedad	¿Cuál(es) miembro(s) de su familia	Edad aproximada al ser diagnosticado-a
Cáncer (describa qué tipo)		
Enfermedad de las tiroides		
Hipertensión (presión sanguínea alta)		
Enfermedades del corazón		
Diabetes		
Infartos		
Trastorno mentales (ansiedad, depresión, etc.)		
Adicción a drogas o alcohol		
Glaucoma		
Enfermedades de la sangre (hemofilia, leucemia, etc)		

¿USTED HA ESTADO HOSPITALIZADO/A ALGUNA VEZ?  SÍ  NO

Si responde SÍ, favor colocar la razón, fecha y hospital

\_\_\_\_\_

Intervenciones quirúrgicas

\_\_\_\_\_

### PREVENCIÓN (Opcional)

1. ¿Usa el cinturón de seguridad en el carro?  sí  no Si no, ¿por qué no? \_\_\_\_\_
2. ¿Usa el casco de bicicleta?  sí  no  N/A
3. ¿Fuma?  sí  no Si responde sí, ¿cuantos paquetes por día? \_\_\_\_\_
4. ¿Ingiere bebidas alcohólicas?  sí  no Si responde sí cuántas por semana? \_\_\_\_\_
5. ¿Toma café y/o té?  sí  no Si responde sí cuántas tazas por día? \_\_\_\_\_
6. ¿Tiene un arma de fuego en casa?  sí  no  N/A
7. ¿Tiene esta arma fuera del alcance de niños y descargada?  sí  no
8. ¿Usa drogas? ( marijuana, cocaína, etc.)  sí  no Si responde sí explique \_\_\_\_\_
9. ¿Alguna vez ha participado de actividades que le ponga en riesgo de contraer el virus del VIH?  sí  no  
Si responde sí explique \_\_\_\_\_:
10. ¿Usted desea que se le haga la prueba del VIH?  sí  no
11. ¿Alguna vez le ha tenido miedo a su pareja?  sí  no
12. ¿Se encuentra en una relación en la cual ha sido físicamente lastimado/a por su pareja? ( bofetadas, pateadas, golpes o moretones)  sí  no
13. ¿Alguna vez ha trabajado con químicos, pinturas, asbesto, u otros materiales peligrosos?  sí  no
14. ¿Tiene usted un testamento vital?  sí  no
15. ¿Tiene una tarjeta de donante de órganos?  sí  no