

Historial De Salud Adulto | Nuevo Paciente

Fecha: _____

Nombre Preferido _____

Fecha De Nacimiento _____

Razón de la visita: _____

¿Cuáles son sus metas de salud en este próximo año? _____

¿Proveedor de primaria anterior? _____ Última visita? _____

Especialistas (Pasado o Presente) _____

MEDICAMENTOS

Por favor anote todos los medicamentos y sin-receta medicamentos; vitaminas, remedios de casa, suplementos, hierbales, etc.

No tomo ningún medicamento

| Medicamento | Dosis | Veces Al Día | Razón Por Tomar El Medicamento |
|-------------|-------|--------------|--------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Por favor anote fechas y lugar del mas reciente chequeo de salud preventivo:

Mamografía _____

Colonoscopia _____

Papanicolaou _____

Vacuna Del Tétano _____

Examen De Colesterol _____

Vacuna De Influenza _____

Análisis de excremento para detectar sangre _____

Vacuna de Neumonía _____

Examen de próstata _____

Vacuna de Culebrilla _____

Historial Médico Personal: ¿Tiene usted ahora (presente) o tenía (pasado) alguna de estas condiciones médicas?

| Condición | Ahora | Pasado | Comentarios |
|--|-------|--------|-------------|
| Abuso de Alcohol | | | |
| Alergias (Alergia Al polen) | | | |
| Anemia | | | |
| Artritis (osteo o reumático) | | | |
| Asma | | | |
| Vejiga / Problemas de riñón | | | |
| Coagulo De Sangra(Pierna o Pulmón) | | | |
| Transfusión de Sangre | | | |
| Bulto en los senos (Benigno) | | | |
| Cáncer | | | |
| Cataratas | | | |
| Varicela | | | |
| Pólipo de Colon | | | |
| Enfermedad de Arteria Coronaria | | | |
| Depresión | | | |
| Diabetes (adulto o infancia) | | | |
| Diverticulitis | | | |
| Abuso De Drogas | | | |
| Enfisema | | | |
| Fracturas (huesos quebrados) | | | Donde?: |
| Enfermedad de la vesícula | | | |
| Reflujo Gastroesofágico(Acidez/ulcera) | | | |
| Glaucoma | | | |
| Gota | | | |
| Enfermedad ginecológica | | | |
| Ataque al corazón | | | |
| Hepatitis A, B o C | | | |
| Presión Arterial Alta | | | |
| Colesterol Alto | | | |
| Enfermedad Inmune (VIH/SIDA) | | | |
| Síndrome de colon irritable | | | |
| Falla/Enfermedad de riñón | | | |
| Piedras en el riñón | | | |
| Enfermedad de Hígado | | | |
| Enfermedad Mental (Ansiedad/bipolar) | | | |
| Dolores de Cabeza/Migrañas | | | |
| Osteoporosis | | | |
| Neumonía | | | |
| Desordenes de próstata | | | |
| Convulsiones/Epilepsia | | | |
| Enfermedades transmitidas | | | |
| Condición de Piel (Eccema, psoriasis) | | | |

Historial Médico Personal continuado: ¿Tiene usted ahora (presente) o tenía (pasado) alguna de estas condiciones médicas?

| Condición | Ahora | Pasado | Comentarios |
|------------------------|-------|--------|-------------|
| Apnea de sueño | | | |
| Derrame Cerebral | | | |
| Desordenes de tiroides | | | |
| Otros (Anote) | | | |

Alguna alergia o intolerancia a medicamentos (incluya la reacción)? No tengo ninguna alergia

¿Tiene usted alguna alergia a una comida específica (incluya la reacción)?

¿Tiene alergia al látex?

Sí _____ No _____

| Historial Ginecológico | Historial Obstétrico |
|---|-------------------------------------|
| ¿Tiene usted su menstruación cada mes? | ¿Cuántas veces a estado embarazada? |
| ¿Flujo es normal, pesado o ligero? | ¿Cuántos embarazos nacidos? |
| ¿Ultimo Papanicolaou? | ¿Abortos? |
| ¿Historial de Papanicolaou anormal? | ¿Abortos espontáneos? |
| ¿Día de la última menstruación? | ¿Cesarías? |
| ¿A tenido infecciones transmitidas sexualmente? (gonorrea, chlamydia, sífilis, tricomoniasis vaginales) | ¿Embarazos o partos complicados? |
| ¿Cuál es su método anticonceptivo? | ¿Partos vaginales? |
| ¿A qué edad empezó su menstruación? | |
| ¿A qué edad termino su menstruación? | |

Procedimientos/Historial de Cirugía: Anote todo los procedimientos y cirugías con días aproximados. Por Ejemplo: Removieron su aprendiz, le removieron la vesícula, le removieron la matriz, cirugías ortopédicas, le removieron las anginas, biopsias, etc.

| Fecha | Procedimiento/Cirugía |
|-------|-----------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Hospitalizaciones: ¿Ha estado hospitalizado antes? Sí ___ No ___
 Si la respuesta es sí, por favor anote días aproximados:

| Fecha | Razón Por Hospitalización |
|-------|---------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Historial Familiar:

Si usted no conoce su historial familiar, por favor siga con la sección de “Hábitos”: ¿Adoptado? Si ___ No ___

Por favor anote alguna condición médica para los parientes anotados abajo. Por Ejemplo: Diabetes, Cáncer, ataque al Corazón, derrame cerebral, presión arterial alta, alto colesterol, abuso de alcohol, depresión.

| Pariente | Edad | Condición Medica | Causa de Muerte (Si Aplica) |
|-----------------|------|------------------|-----------------------------|
| Madre | | | |
| Padre | | | |
| Abuela Maternal | | | |
| Abuelo Maternal | | | |
| Abuela Paternal | | | |
| Abuelo Paternal | | | |
| Hermanos | | | |
| Otros Parientes | | | |

Hábitos:

Uso de Tabaco

Fuma Cigarrillos: Si No Nunca

Ex-Fumador:

Día que parró: _____

¿Cuántos años fumo? _____

¿Cuántas cajas de cigarrillo fuma al día? _____

Fumador actual:

Cajas al día: _____

Cuántos Años: _____

Otras formas de tabaco:

Pipa Cigarro Mastica

Historial Sexual

¿Esta sexualmente activo ahora? Si No

Parejas sexuales han sido: Hombre Mujer

Usted se describe como (circule los que le aplican):

Heterosexual

Lesbiana, Gay o Homosexual

Bisexual

No se

Historial De Genero

¿Cuál es su identidad de género actual?

Hombre

Mujer

Hombre Transgenero (Mujer a hombre)

Mujer Transgenero (Hombre a mujer)

Otro _____

¿Cuál genero se le asignó al nacer?

Hombre Mujer

Uso De Alcohol

¿Toma usted Alcohol? Si No

Si respondio si: Cerveza Vino Liquor

Numero de bebidas por semana _____

Uso de Drogas

¿Usted ha usado marijuana o drogas recreativas?

Si No

¿Usted ha usado agujas para inyectarse drogas?

Si No

Ejercicio

¿Usted ase ejercicio regularmente? Si No

Si la respuesta es sí: ¿Qué tipo de ejercicio hace?

Cuanto tiempo(minutos): _____

Que frecuenté: _____

Dieta

Por favor describa sus hábitos de comida

(pobre, balanceada, vegetariana, sin-gluten etc.)

Seguridad

¿Se siente seguro en su casa? Si No

¿Usted ha sido fiscamente, emocionalmente o verbalmente abusado por su pareja o alguien más?

Si No

¿Usted quisiera hablar con un terapeuta?

Si No

Historial Social

Ocupación (o ocupación anterior): _____

Empleador: _____

Años de educación o la más alta educación: _____

Si usted no está empleado ahora, por favor escoja uno:

Retirado Sin empleo Ausente del trabajo Discapacitado

Estatus Marital (escoja uno):

Soltero Pareja Casado Divorciado Viudo Otro _____

Nombre de Pareja/Esposo: _____ Número de hijos: _____

Edades de hijos bajo los 18 años: _____

¿Quién vive con usted en su casa? _____

Manejo De Caso

¿Tiene acceso a suficiente comida? Si No

Actualmente, ¿tiene vivienda? Si No

¿Tiene usted transportación a sus citas médicas? Yes No

¿Tiene un caso legal que le causa estrés? Yes No

¿Quisiera hablar con un trabajador social ahora? Yes No

Usted está interesado en completar alguno de los de abajo: (Escoja los que le aplica)

Declaracion medica de voluntad anticipada (ADHC)

Testamento De Vida

POLST (Physician Orders for Life-Sustaining Therapy: una orden médica que les da a los pacientes más control sobre su atención médica cuando tienen una enfermedad grave.)

Reviso de Síntomas: Por favor *circule* algún síntoma **persistente** que usted ha tenido en los **últimos meses**.

Lea cada sección y elija los síntomas que le aplican en los **últimos meses**.

General

Peso perdido inesperado, Cansancio, Debilidad, Fiebre, Escalofríos, Sudores nocturnos

Alérgico/Inmune

Alergias, Congestión, Infecciones frecuentes, Estornudos

Ojos

Cambios de visión, Dolor de ojos, Visión borrosa, Enrojecimiento, Secreción de ojo

Oídos/Nariz/Garganta

Sangrado de nariz, Problemas al tragar, Garganta frecuentemente irritada, Ronquera, Pérdida de oír, Zumbido en los oídos, Ronquido

Endocrino

Sensibilidad a lo caliente o frío, problemas de tiroides, orina frecuente, pérdida de cabello, diabetes

Respiratoria

Tos, Silbantes, Falta de respiración con esfuerzo, Producción de Saliva

Senos

Bulto en los Senos, dolor, Descarga del pezón, sarpullido en los Senos.

Cardiovascular

Dolor de pecho, Malestar, Palpitaciones (Rápidas o irregular) Dificultad para extenderse planamente, Soplo del Corazón, Fluido acumulado en las piernas

Gastrointestinal

Acidez, Reflujo, indigestión, sangre o cambios en excremento, estreñimiento, dolor abdominal, Diarrea, Náuseas, Vómitos

Hematológico

Glándulas hinchadas, Moretones fáciles, Sangrado prolongado

Mujeres Solamente

Síntomas premenstruales (Hinchazón, cólicos, irritabilidad), Sangrado fuerte durante menstruación, Sofocos, Sudores nocturnos, Dolor pélvico, Descarga vaginal, Dolor al tener relaciones sexuales, Llagas genitales, Preocupaciones con función sexual

Hombres Solamente

Descarga del pene, Ardor al orinar, Llagas Genitales, Preocupaciones con función sexual, Orina nocturnamente

Todo Genitourinario

Incontinencia urinaria, Sangre en la orina, Dolor Al orinar

Musculo Esquelético

Dolor de cuello, Dolor de espalda, Dolor de musculo, Dolor de coyunturas, Dolor de rodillas, dolor de caderas, Dolor de hombros, Coyunturas hinchadas

Psiquiátrica

Ansiedad, Estrés, Irritabilidad, Problemas al dormir, Pobre Concentración, Pensamientos de suicida, Abusos de sustancia/drogas, Alucinaciones

Piel

Nuevo/Cambio en lunares o lesiones, Sarpullido, Picazón, Eczema, Psoriasis

Neurológico

Dolores de cabeza, Pérdida de memoria, Desmayos, Mareos, Entumecimiento/hormigueo, Pasos inestables, Caídas frecuentes, Convulsi

No problemas con mi salud