

Historial de Salud Adulto | Nuevo Paciente

Fecha: _____

NOMBRE LEGAL NOMBRE PREFERIDO NOMBRES ANTERIORES FECHA DE NACIMIENTO

¿Proveedor de primaria anterior? _____ Ultima Visita? _____

MEDICAMENTOS:

☐ No tomo medicamentos

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

Medicamento	Dosis	Veces Al Día	Razón Por Tomar El Medicamento

¿Alguna alergia o intolerancia a medicamentos (incluye la reacción)?

☐ No tengo alergias

Por favor anote fechas y lugares del más reciente chequeo de salud preventiva:

Mamografía _____ Pruebas de detección de cáncer de colon _____

Prueba de VIH _____ Prueba de Papanicolaou _____

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES: ¿Tiene (ahora) o ha tenido (en el pasado) alguna de las siguientes condiciones? ☐ NINGUNO

CONDICIÓN	AHORA	PASADO	COMENTARIOS
Trastornos autoinmunes (artritis reumatoide, Lupus, etc.)			
Coágulo de sangre (pierna o pulmón)			
Cancer			
Enfermedad de las arterias coronarias			
Diabetes (adulto o infantil)			
Problemas gastrointestinales (acidez de estómago, pólipos en el colon,			
Hepatitis A, B, o C			
Hipertensión			
Colesterol alto			
VIH/SIDA			
Insuficiencia renal, cálculos renales			
Enfermedad mental (depresión, ansiedad, bipolar)			
Osteoporosis			
Problemas respiratorios (Asma, Apnea del sueño, EPOC)			
Convulsiones/epilepsia			
Infecciones de transmisión sexual			
Condición de la piel (eccema, psoriasis)			
Derrame			
Abuso de drogas (opioides, metanfetamina, alcohol, etc.)			
Trastornos de la tiroides			
Otro (lista)			

Historial Ginecológico	Historial Obstétrico
¿Tiene usted su menstruación cada mes?	¿Cuántas veces ha estado embarazada?
¿Flujo es normal, pesado o ligero?	¿Cuántos embarazos nacidos?
¿Día de la última menstruación?	¿Abortos?
¿Historial de Papanicolaou anormal?	¿Abortos espontáneos?
¿Cuál es su método anticonceptivo?	¿Número de Cesáreas?
¿A qué edad empezó su menstruación?	¿Número de Partos vaginales?
¿A qué edad terminó su menstruación?	¿Embarazos o partos complicados?

Hospitalizaciones: Indique las hospitalizaciones nocturnas, la fecha de hospitalización y el hospital:

Procedimiento/Historial de Cirugías: Indique el tipo de cirugía, la fecha de la cirugía y el hospital:

ANTECEDENTES FAMILIARES: ¿Tiene historia familiar (padres, abuelos, hermanos) de las siguientes opciones? Si es el caso, por favor seleccione las siguientes opciones

- | | |
|--|----------------------------------|
| ☐ Diabetes | ☐ Cancer |
| ☐ Hipertensión | ☐ Derrame |
| ☐ Arterias coronarias / , ataque al Corazón | ☐ Otro |
| ☐ Enfermedad Mental/Abuso De Drogas | |

Por favor explique la opción que escogió :

¿Adoptado? ☐ Si ☐ No

Historial Social

Estatus Marital (escoja uno):

☐ Soltero ☐ Pareja ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Otro _____

¿Quién vive en su casa? _____

¿Ocupación y Empleador?

¿Su nivel de educación más alta? _____

¿Actualmente tiene vivienda? ☐ Si ☐ No

SALUD MENTAL

¿Te gustaría hablar con un terapeuta, si se encuentra disponible? ☐ Si ☐ No

¿Te sientes seguro en tu hogar? ☐ Si ☐ No

¿Alguna vez has sido abusado física, emocional o verbalmente por tu pareja u otra persona ☐ Si ☐ No

Uso de Tabaco

- ☐ Fuma Cigarrillos: _____ Cuantas cajas al día _____ Cuando comenzó _____
- ☐ *Ex-Fumador*: _____ Cajas al día _____ Día que paró _____ ¿Cuántos años fumo? _____
- ☐ Otras formas de tabaco: ☐ Pipa ☐ Cigarro ☐ Vapear ☐ Mastica
- ☐ Nunca fumo cigarrillos

Uso De Alcohol

¿Toma usted Alcohol? ☐ actualmente ☐ pasado ☐ nunca Numero de bebidas por semana _____

Uso de Drogas

Marijuana: ☐ actualmente ☐ pasado ☐ nunca Drogas recreativas: ☐ actualmente ☐ pasado ☐ nunca

Agujas para inyectarse drogas: ☐ actualmente ☐ pasado ☐ nunca

Historial Sexual

¿Has tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses? ☐ Si ☐ No

Parejas sexuales han sido: ☐ Hombre ☐ Mujer

Historial De Genero

¿Cuáles son tu pronombre preferidos? _____

¿Cuál genero se le asignó al nacer? ☐ Hombre ☐ Mujer