

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergias: _____

Historial médico pasado: marque todas las opciones que correspondan

				Medicamento	Dosis	Veces/ Dia
TDA/TDAH	EPOC/enfisema	VIH/SIDA				
Adicción al alcohol y a las drogas	Depresión	Deficiencia de hierro				
Alergias	Diabetes	Nefropatía				
SIDA/VIH	Enfisema	Cálculos renales				
Anemia	Hígado graso	Lupus				
Ansiedad	ERGE	Migrañas				
Asma	Glaucoma	Osteoporosis				
Problemas de espalda	Pérdida de audición	Convulsiones				
Trastorno bipolar	Infarto de miocardio	Apnea del sueño				
Cáncer (tipo _____)	Hepatitis	Ataque				
Trastorno de la coagulación	Hipertensión	Enfermedad de la tiroides				
Enfermedad cardíaca congestiva	Colesterol alto	Vértigo				

Otro: _____

Sólo mujeres: Número de partos vaginales: ____ Número de cesáreas ____ Número de abortos espontáneos ____
 ¿Antecedentes de citología vaginal anormal? No Sí (año _____) ¿Antecedentes de VPH? Sí No
 ¿Se ha realizado alguno de los siguientes procedimientos? Colposcopia Crioterapia LEEP Ligadura de trompas Histerectomía Ablación Extirpación de fibromas Otro procedimiento ginecológico _____
 Fecha del último ciclo: _____. ¿Con qué frecuencia tiene su ciclo? _____ ¿Cuánto dura normalmente? _____
 Tipo de método anticonceptivo: Ninguno Pastillas anticonceptivas Nexplanon IUD Depo

Historial quirúrgico pasado: Si ha tenido alguno de los siguientes, indique el año en que se realizó el procedimiento:

Extirpación de amígdalas		Extirpación de la vesícula biliar		Eliminación de cálculos renales	
Eliminación de adenoides		Eliminación del cáncer de piel		Cirugía de espalda baja	
Extirpación del apéndice		Tubos para los oídos		Cirugía de cuello	
Extirpación del útero		Stent cardíaco		Marcapasos/Desfibrilador	
Extirpación de ovarios		Cirugía de bypass cardíaco		Vasectomía	

Enumere las fechas de otras cirugías, hospitalizaciones o enfermedades graves: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Antecedentes familiares: Enumere qué miembros de la familia tienen los siguientes antecedentes médicos:

Adicción al alcohol y a las drogas		Diabetes		Colesterol alto	
Ansiedad		Epilepsia/convulsiones		Nefropatía	
Artritis		Enfermedad gastrointestinal/intestinal		Enfermedad del hígado	
Asma		Glaucoma		Ataque	
Demencia		Enfermedad cardíaca/ataque		Enfermedad de la tiroides	
Depresión		Hipertensión		Cáncer (tipo _____)	

Otro: _____

Padre: Vivo Fallecido (edad: _____ causa de muerte: _____)

Madre: Viva Fallecida (edad: _____ causa de muerte: _____)

Historia social:

No fumador/Nunca fumando

Fumador actual: ¿Cuánto dura un paquete? _____ días. ¿Cuántos años lleva fumando? _____

Exfumador: ¿En qué año dejó de fumar? _____ ¿Durante cuántos años fumó? _____ ¿Cuánto fuma? _____

¿Vapeas? No Sí Si es así, ¿con qué frecuencia? _____

¿Con qué frecuencia bebes alcohol? _____

¿Consumes alguna droga actualmente? No Marihuana Otra: _____

Mantenimiento de la salud : especifique las fechas de sus exámenes de salud más recientes.

Cribado	Año	Cribado	Año
Examen físico		Prueba de esfuerzo cardíaco	
Prueba de Papanicolaou		Densitometría ósea	
Control de próstata		Vacuna contra la gripe	
Colonoscopia		Vacuna contra la neumonía	
Mamografía		Vacuna contra el tétano	
Examen de mama		Vacuna contra el herpes zóster	
Examen de pies (diabéticos)		Vacuna contra el VPH	
Examen de la vista		Limpieza de dientes	

Firma del paciente/padre o tutor legal

Fecha