



ANTECEDENTES DE SALUD
(HEALTH HISTORY – SPANISH)

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____

Motivo de la visita de hoy: _____

Médico de atención primaria anterior: _____ Número de teléfono: _____

Especialistas actuales:

1) Nombre: _____ Especialidad: _____ Número de teléfono: _____

2) Nombre: _____ Especialidad: _____ Número de teléfono: _____

Nota: Si actualmente consulta a más especialistas de los que puede incluir en el espacio de arriba, enumere a los demás en el reverso de este formulario.

Alergias: ¿Tiene alergias a medicamentos conocidas? Sí No

Enumere todas las alergias, incluidas las alimentarias, ambientales y a medicamentos, y la reacción.

¿Toma actualmente algún medicamento con regularidad? Sí No

Si la respuesta es sí, enumere los medicamentos que toma actualmente con regularidad (incluidos los de venta sin receta).

Medicamento	Dosis	Frecuencia

Medicamento	Dosis	Frecuencia

Nota: Si actualmente toma más medicamentos de los que puede incluir en el espacio de arriba, enumere los demás en el reverso del formulario.

ANTECEDENTES MÉDICOS

Enfermedades y afecciones:

¿Tiene o tuvo algo de lo siguiente?

- Alcoholismo
- Ansiedad
- Anemia
- Artritis
- Asma
- Problemas de sangrado
- Defectos congénitos
- Cáncer, tipo: _____
- Colitis
- Conmoción cerebral
- Depresión/crisis nerviosa
- Diabetes
- Enfisema

Año: _____

¿Tuvo algún problema médico en el pasado?

Sí No Si la respuesta es sí, indique cuáles:

¿Se sometió a una cirugía o tuvo hospitalizaciones en el pasado? Sí No

Si la respuesta es sí, explique e indique la fecha abajo:

QUESTIONNAIRE





Año: _____

- Enfermedad por reflujo gastroesofágico (GERD)/acidez estomacal/reflujo _____
- Gota _____
- Ataque cardíaco/enfermedad cardíaca _____
- Presión arterial alta _____
- Colesterol alto _____
- Enfermedad renal _____
- Lupus _____
- Enfermedad hepática/hepatitis _____
- Migraña/dolor de cabeza _____
- Soplo/prolapso de la válvula mitral _____
- Osteoporosis _____
- Agrandamiento de la próstata (BPH) _____

- Artritis reumatoide _____
- Trastorno convulsivo _____
- Enfermedad de transmisión sexual _____
- Problemas de la piel _____
- Accidente cerebrovascular _____

- Enfermedad de la tiroides _____
- Tuberculosis _____
- Otro: _____

Enfermedades de la niñez

Año: _____

- Varicela _____
- Sarampión _____
- Paperas _____
- Poliomielitis _____
- Otra: _____

Antecedentes ginecológicos (solo para mujeres)

- Fecha del último periodo menstrual _____
- ¿Cuántas veces estuvo embarazada? _____
- ¿Cuántos hijos tiene? _____
- ¿Alguna vez tuvo un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou? _____
- ¿Se ha realizado una histerectomía? _____
- ¿Le extirparon los ovarios? _____

Antecedentes sexuales

- Tiene relaciones sexuales con:
 - Hombres Mujeres Ambos
- ¿Se ha hecho una prueba de VIH? Sí No
- ¿Utiliza condones en las relaciones sexuales? Sí No

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Tiene antecedentes de enfermedades graves en su familia? Sí No

Si la respuesta es sí, indique cuáles:

	Madre	Padre	Abuelo		Edad	Edad en que falleció y causa de muerte
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Padre	_____	_____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Madre	_____	_____
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermano	_____	_____
Cáncer, tipo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	_____
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermana	_____	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	_____
Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	_____
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijo	_____	_____
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	_____
Enfermedad mental/suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	_____
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hija	_____	_____
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	_____
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	_____
Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	_____

QUESTIONNAIRE



CUIDADO DE LA SALUD

¿Cuándo fue la última vez que se hizo algo de lo siguiente?

Control de la diabetes	_____	Prueba de Papanicolaou	_____
Control de la próstata	_____	Control del colesterol	_____
Colonoscopia	_____	Densidad ósea	_____
		Prueba de	_____
Mamografía	_____	esfuerzo cardíaco	_____

Indique el año de la última vacuna:

Tétanos (Td)	_____	Hepatitis A	_____
Gripe	_____	Hepatitis B	_____
Neumonía	_____	HPV	_____
Herpes	_____	Prueba cutánea	_____
zóster (VZV)	_____	de tuberculosis	_____

ANTECEDENTES SOCIALES

Estado civil: Soltero Casado En pareja En concubinato Separado Divorciado Viudo

¿Vive con hijos/dependientes en su casa? Sí No ¿Cuántos? _____

¿Trabaja? Sí No Ocupación: _____

¿Cuál es su nivel de educación más alto? Secundaria Universidad Posgrado

¿Fumó o mascó tabaco alguna vez? Sí No ¿Cuándo? _____
Fecha en que dejó de fumar: _____
 Paquetes/ Latas/ Bolsas por día: _____ durante _____ años

¿Consumo o consumió drogas recreativas alguna vez? Sí No Tipo: _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Bebe alcohol? Sí No Tipo: _____ ¿Con qué frecuencia? _____
¿Qué cantidad por día? _____ durante _____ años

¿Alguna vez estuvo expuesto a sustancias tóxicas? Sí No Tipo: _____ ¿Cuáles? _____

¿Bebe cafeína? Sí No Tipo: _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Hace ejercicio? Sí No Tipo: _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Usa cinturón de seguridad? Sí No

¿Usa asientos de seguridad para sus hijos si pesan menos de 60 lb? Sí No

¿Tiene un testamento vital o voluntades anticipadas? Sí No

Firma del Paciente/Representante Legal: _____ Fecha/hora: _____

Si la persona que firma no es el paciente, indique la relación: _____

Nombre en letra de imprenta (Representante Legal): _____

QUESTIONNAIRE