

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____

Nombre de madre/padre _____ Nombre de madre/padre _____

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS:

Especifica todos los medicamentos con receta y de venta libre que actualmente tomas con regularidad. Incluye vitaminas, hierbas y otros suplementos.

ALERGIAS

Medicamentos que te causan alergia o reacción: _____

Especifique las alergias que no tienen que ver con los medicamentos: _____

VACUNAS

Lleva una copia de tu registro de vacunación a la visita o indica dónde se encuentra archivado. _____

PRUEBAS Y EXÁMENES

Marque las opciones que correspondan e indique la fecha

Exploración física o deportiva Fecha: _____ Examen de la vista Fecha: _____

Revisión de rutina Fecha: _____ Otros: _____ Fecha: _____

ÚNICAMENTE PARA MUJERES

Fecha de la última menstruación: _____

Cantidad de embarazos: _____ Recién nacidos vivos: _____ Abortos espontáneos: _____ Hijos vivos: _____

¿Qué cantidad de leche bebes? _____ ¿Tomas calcio? Sí No

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

Indica si has padecido:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Eccema | <input type="checkbox"/> Migraña |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Alergia al polen | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Cistitis | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Coágulos | <input type="checkbox"/> Urticaria | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Cáncer, tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Colitis u otra enfermedad intestinal | <input type="checkbox"/> Dislocación de articulaciones | <input type="checkbox"/> Úlcera gástrica o reflujo |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> Apoplejía |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Problemas de drogadicción o alcoholismo | <input type="checkbox"/> Trastorno mental | |

¿Hay algún otro aspecto de tus antecedentes médicos que quisieras compartir con tu médico? _____

Enumera otros profesionales de la salud que te estén atendiendo (indica nombre y motivo): _____

CIRUGÍAS

Indica si te quitaron: las amígdalas las adenoides el apéndice

Especifique cualquier otra cirugía:

Tipo _____ Fecha _____ Tipo _____ Fecha _____

Tipo _____ Fecha _____ Tipo _____ Fecha _____

Tipo _____ Fecha _____ Tipo _____ Fecha _____

HOSPITALIZACIONES (Aparte de por cirugía)

Especifique:

Fecha _____ Motivo _____

Fecha _____ Motivo _____

Fecha _____ Motivo _____

Fecha _____ Motivo _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Relación	Nombre	Año de nacimiento	Edad al momento de morir	Causa de muerte
Padre				
Madre				
Hermanos y hermanas				
Hijos				

ANTECEDENTES FAMILIARES

Si hay antecedentes familiares de los siguientes padecimientos, marque el parentesco correspondiente:

Abuso de alcohol u otras sustancias	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Asma	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Cáncer de mama	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Cáncer de colon	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Apoplejía	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Sordera	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Depresión/suicidio/enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Diabetes	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Epilepsia/convulsiones	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Hepatitis (tipo _____)	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Hipertensión	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Cáncer de ovario	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Tuberculosis <input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)	

¿Hay antecedentes familiares de infartos de miocardio en edad temprana? Mujeres <65: Sí No Hombres <55: Sí No

Otros antecedentes familiares importantes: _____

ANTECEDENTES SOCIALES

Escuela _____ Grado _____

Ocupación madre/padre _____ Ocupación madre/padre _____

¿Eres adoptado? Sí No

Nombre y fecha de nacimiento de cada persona que vive en tu hogar, y su parentesco contigo _____

Cambios de vida (hermanos(as) nuevos(as), divorcio, muertes) en la familia en los últimos 12 meses _____

¿Tus creencias religiosas afectan la atención médica que podemos brindarte? Sí No**FACTORES DE RIESGO**¿Consumes bebidas alcohólicas? Sí No En caso afirmativo, de qué tipo _____ Bebidas por día _____

¿Cuántas bebidas con cafeína consumes al día? _____ ¿Cuántos jugos o refrescos cada día? _____

¿Haces ejercicio? Sí No Veces por semana _____ Tipo de ejercicio _____¿Guardan armas de fuego en la casa? Sí No¿Has acudido al dentista en los últimos 6 meses? Sí NoExposición al sol: Frecuentemente De vez en cuando Rara vez Esporádicamente ¿Usas protector solar? Sí NoUso de cinturón de seguridad: 100 % 75 % 50 % 25 % 0 %¿Fumas? Sí Lo dejé Nunca Si lo dejaste, ¿cuándo? _____ Exposición como fumador pasivo: Sí No¿Usas otros productos de tabaco? Sí No En caso afirmativo, especifica _____¿Fumas marihuana? Sí No¿Consumes drogas ilegales? Sí No En caso afirmativo, especifica _____¿Eres sexualmente activo(a)? Sí No En caso afirmativo, ¿has tenido más de 5 parejas? Sí NoTienes relaciones sexuales con: Hombres Mujeres Ambos

¿Cuántas horas pasas diariamente frente a dispositivos con pantalla? _____