

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____

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

Lleve una copia de su registro de vacunación a la visita o indique dónde se encuentra archivado. _____

PRUEBAS Y EXÁMENES

Marque las opciones que correspondan e indique la fecha

- Exploración física Fecha: _____ Examen de la vista Fecha: _____
 PSA (prueba de sangre para detectar cáncer de próstata) Fecha: _____ Prueba de colesterol Fecha: _____
 Prueba de glucemia Fecha: _____ Prueba de vitamina D Fecha: _____
Última prueba de detección de cáncer de colon: Fecha de colonoscopia: _____
 Otra (especifique) _____ Fecha: _____

ÚNICAMENTE PARA MUJERES

Fecha de la última menstruación: _____ Fecha del último Papanicolau: _____ Normal Anormal

Fecha de la última mamografía: Normal Anormal

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

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

¿Se hace una autoexploración mamaria mensualmente? Sí No

¿Alguna vez ha recibido los siguientes resultados?

- Papanicolau anormal Mamografía anormal Cáncer de mama Cáncer cervicouterino

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

Indica si has padecido:

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

¿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

Indique si le quitaron: las amígdalas el apéndice la vesícula el útero

Especifique cualquier otra cirugía:

Tipo _____ Fecha _____ Tipo _____ Fecha _____

Tipo _____ Fecha _____ Tipo _____ Fecha _____

HOSPITALIZACIONES (Aparte de por cirugía)

Especifique:

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

Ocupación _____ Empleador _____

Ocupaciones anteriores: _____ Grado escolar finalizado _____

¿Eres adoptado? Sí NoEstado civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Otro _____

Ocupación del/de la cónyuge o pareja _____

Nombre y fecha de nacimiento de cada persona que vive en su hogar, y su parentesco con usted: _____

Cambios de vida (empleo nuevo, jubilación, nacimientos, divorcio, muertes) en la familia en los últimos 12 meses: _____

¿Tus creencias religiosas afectan la atención médica que podemos brindarte? Sí No¿Cuenta con alguno de los siguientes? Instrucciones de atención médica (testamento vital) Apoderado para asuntos médicos POLST Otro documento de voluntad anticipada¿Desea obtener más información sobre los documentos mencionados anteriormente? 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? _____

¿Hace 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 ¿Usa 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 AmbosEn su empleo, ¿está o estuvo expuesto a peligros (polvo, gases, ruido)? Sí No Especifique: _____