

CONFIDENCIAL

Forma de Historial Médica

Nombre: _____

Expediente #: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____ **Edad:** _____

Alergias: _____

Por favor ayúdenos a entender sus necesidades de salud llenando esta forma. Esta forma como su récord medico es estrictamente confidencial.

Razón de mi visita es: _____

Historial medico Presente: Usted tiene alguna de las siguientes condiciones/problemas?

Problemas de salud	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de salud	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de salud	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Elevado BP	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas Genéticos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Oído	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anemia de células	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	artitris	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	boca/encía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
colesterol elevado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mental/Emocional	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Migrañas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de vista	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alta fiebre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de piel	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tuberculosis (TB)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	hígado (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
ulceras	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedades de seno	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desorden alimenticio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	vesícula	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	VIH	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Por favor explique lo que haya marcado "si": _____

Historial Medico Familiar: se refiere a tus padres, hermanos(as) y niños. Por favor marca si han tenido o tienen alguno de los siguientes problemas **soy adoptado(a)**

Problema se salud	Miembros de familia	Problema de salud	Miembros de familia
Presión arterial alta		Emocional/enfermedad mental	
Diabetes		Hepatitis/Enfermedad del Hígado	
Enfermedad de corazón		Osteoporosis	
TB		cáncer	
Derrame cerebral		Colesterol elevado	

Nació antes de 1971? Si No si, fue así: su mama tomo DES durante el embarazo? Si NO

Historial Social:

Usted fuma cigarros? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cuantos por dia	por cuanto tiempo
Usted masca tabaco? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Que tan seguido?	
Usted toma alcohol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cuantas bebidas por/dia/semana	
Usted utiliza drogas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Que drogas?	VIH drogas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Te sientes bien con tu peso? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Te gustaría pesar	<input type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/> Menos
Trabaja usted fuera de la casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Que tipo de trabajo usted ase?	
Con quién vive usted? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hay suficiente comida en casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Cuantas veces por semana usted hace ejercicios?	Que tipo de ejercicios?	
Usted usa cinturón de seguridad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Tienen sus inmunizaciones al corriente?		
Rubéola (MMR)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tétanos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Hospitalización/Cirugías: anote todas la veces que usted fue admitida en el hospital y cirugías que haya tenido. Por favor incluya cualquier admisión por enfermedades o accidentes.

Hospitalización	Día	Motivo	Cirugía	Dia	Motivo

Historial de Medicamentos: anote todos los medicamentos que usted ésta tomando por ahora (Incluir medicamentos que usted utiliza sin necesidad de receta)

Medicamentos	Cuantas veces al día	Razón

Usted utiliza remedios caseros o medicamentos complementarios ? _____

Historial Sexual- Por favor conteste lo siguiente de acuerdo a sus prácticas sexuales:

Es usted. Sexualmente activa?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Usted a tenido relaciones bajo el efecto de drogas/ETOH?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Esta satisfecho con su vida sexual?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Usted. ha tenido EBT?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tiene preguntas sexuales o preocupaciones?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Usted le teme a su pareja u otras personas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Has sido violada ó abusada sexualmente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si eres menor de 18, tus padres saben qué estas aquí?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Estas utilizando condones?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Eres una pareja sexual?	Hombre Mujer los dos
Que tan seguido?	Siempre Ocasional	Que tipo de actividades sexuales tienes?	Oral Vaginal Anal
Has tenido una pareja que es bisexual?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tienes algunas anomalidades en tus genitales?	
Numero de parejas sexuales en los últimos 3 meses?		Sientes que tus parejas te han puesto en riesgo con VIH/SIDA?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
A que edad tuvo su primer acto sexual?			

PARA MUJER:

Usted ha tenido un examen pélvico antes? Si No Fecha de su ultimo Papanicolado _____
 Fecha de su último mamograma: _____
 Alguna vez tubo un papanicolado anormal? Si No
 Si fue así, que tratamiento fue adquirido? _____
 Usted esta tratando de quedar embarazada ahora? Si No
 Que edad tenia cuando tuvo su primer menstruación? _____ Fecha de su último periodo ____/____/____
 Con que frecuencia tiene su periodo? _____ Cuantos días duro su menstruación? _____
 Durante su período normalmente tiene?

Retortijones Dolores de cabeza Cambios de animo Dolores de Cadera Nausea

Usted se hace un chequeo de senos cada mes? Si No
 Siente molestias o síntomas como acaloramientos, noches sudadas, resecaimiento vaginal? Si No

Historial de embarazo

Nunca ha estado embarazada
 Número de embarazos _____ Número de hijos nacidos _____
 Dias de parto _____
 Numero de abortos naturales _____ Número de abortos _____
 Usted tuvo algunas complicaciones durante su embarazo y parto cual fue?
 Presión arterial elevada Diabetes C-serian/s Sangrado Otros _____
 Alguno de sus bebes pesaron menos de 5lb 8 oz. ? Si No
 A tenido un embarazo utópico (tubal)? Si No

Actualmente usted esta amamantando? Si No

ESTA PLANEASNDO UN EMBARAZO EN LOS PROSIMOS 2 ANOS? SI NO

Historial anticonceptivo: por favor marque todos los Aplicantes a probados.

- | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| La Píldora | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Nombre _____ | Diafragma | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Depo-preverá (vacuna) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | Ligación Tubal | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Parches | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | Natural/ovulación | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Anillo-vaginal | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | Capuchón cervical | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Condomes | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | Condomes femeninos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Retiro antes de eyaculacion | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | Duchas vaginales | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Abstinencia | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | | | |
| IUD | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Marca _____ | | | |

Su método actual es: _____

Esta forma es concreta y ha sido terminada de acuerdo a mi mejor conocimiento.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Revisado por _____ Fecha: _____

Fecha de actualización /Iniciales: _____

Fecha de actualización/Iniciales: _____

Fecha de actualización/Iniciales: _____