

HISTORIAL MÉDICO DEL/DE LA PACIENTE



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

N.º de Seguro Social: _____ Fecha de hoy: _____ Sexo: Masculino ☐ Estatura: _____
Femenino ☐

Identidad de género:

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Hombre transgénero ☐ Mujer transgénero ☐ Genderqueer/No binario ☐ Opta por no revelar

Pronombres: ☐ Ella/esta/suya ☐ Él/este/suyo ☐ Ellos/estos/suyos ☐ Otro _____ ☐ Opta por no revelar

Preferencia religiosa (ej. cristianismo, islam, judaísmo, etc.): _____ ☐ Opta por no revelar

Médico de atención primaria: _____ Número de teléfono: _____

Médico referente: _____ Número de teléfono: _____

Otro médicos (Nombre/Especialidad): _____ Número de teléfono: _____

Proveedor de salud conductual: _____

Nombre de la farmacia: _____ Número de la farmacia: _____

Problema actual o motivo de la consulta: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS: Marcar todas las casillas que apliquen.

Alergias	☐	Hepatitis/Enfermedad hepática	☐
Anemia/Trastornos sanguíneos	☐	Hipercolesterolemia	☐
Artritis	☐	Hipertensión	☐
Asma	☐	Arritmia	☐
Coágulos sanguíneos	☐	Enfermedad renal	☐
Cáncer	☐	Pancreatitis	☐
Cataratas	☐	Células falciformes	☐
Colitis	☐	Sinusitis	☐
Diabetes	☐	Ataque cerebral	☐
Enfisema	☐	Tiroides	☐
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	☐	Tuberculosis	☐
Glaucoma	☐	Úlceras	☐
Cardiopatía	☐		

Otro enfermedad: _____

Otro enfermedad: _____

¿Alguna infección o enfermedad infantil inusual? _____

OPERACIONES: Incluye el año, la operación y el cirujano (si se sabe).

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

EXÁMENES DE RUTINA DE DETECCIÓN DE CÁNCER:

Mamografía: _____

Examen de senos: _____

Prueba de Papanicolaou/Examen pélvico: _____

Muestra de heces para sangre oculta: _____

Examen de próstata/Antígeno prostático específico: _____

Radiografía del pecho: _____

Colonoscopia/Sigmoidoscopia: _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS:Sí ☐No ☐**NOMBRE DEL MEDICAMENTO(S)/TIPO DE REACCIÓN:**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS (mg o mcg)	CUÁNTAS VECES AL DÍA	CUÁNTO TIEMPO (MES/AÑOS)

Vacunas (Provea fecha de la última vacuna):**Pulmonía**

1.ª dosis: _____

2.ª dosis: _____

Herpes zóster (culebrilla)

1.ª dosis: _____

2.ª dosis: _____

Vacuna contra COVID☐ J & J☐ Moderna☐ Pfizer

1.ª dosis: _____

2.ª dosis: _____

3.ª dosis: _____

Influenza: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

[illegible]

Para otros parientes, tales como abuelos, tíos: *(Marque todas las casillas que apliquen)*

Anemia	☐	Diabetes	☐
Coágulos sanguíneos	☐	Enfermedad cardíaca	☐
Trastornos sanguíneos	☐	Hipertensión	☐
Cáncer	☐	Derrame cerebral	☐

Alrededor del 10% de los cánceres son hereditarios. Si le preocupa que su familia pueda tener un riesgo, quizá sea apropiado que usted reciba asesoramiento genético.

[illegible]

REVISIÓN DE SISTEMAS: *(Marque todas las casillas que apliquen)*

GENERAL	FIEBRE ☐	PÉRDIDA DE PESO ☐	FATIGA ☐
	ESCALOFRÍOS ☐	SUBIDA DE PESO ☐	SUDORES NOCTURNOS ☐
CABEZA	DOLORES DE CABEZA ☐	ZUMBIDO EN LOS OÍDOS ☐	DOLOR DE MUELAS ☐
	DESMAYOS ☐	SINUSITIS ☐	VISIÓN DOBLE ☐
	CONVULSIONES ☐	GOTEO POSTNASAL ☐	VISIÓN BORROSA ☐
	MAREOS ☐	DOLOR DE GARGANTA ☐	CATARATAS ☐
	PÉRDIDA DE AUDICIÓN ☐	RONQUERA ☐	GLAUCOMA ☐
	DOLOR DE OÍDOS ☐	DOLOR EN LA LENGUA ☐	ÚLTIMO EXAMEN DE LA VISTA
	HEMORRAGIA ENCÍAS ☐	HEMORRAGIAS NAALES ☐	
PECHO	TOS ☐	DIFICULTAD PARA RESPIRAR ☐	SOPLO CARDÍACO ☐
	ESPUTO ☐	DOLOR DE PECHO ☐	FIEBRE REUMÁTICA ☐
	TOSER SANGRE ☐	PALPITACIONES ☐	HIPERTENSIÓN ☐
	RESPIRACIÓN SIBILANCIA ☐	INFLAMACIÓN DE LOS PIES ☐	ÚLTIMA RADIOGRAFÍA DEL PECHO _____
	BRONQUITIS ☐	ASMA ☐	
CUELLO	BULTOS ☐	BOCIO ☐	DOLOR O RIGIDEZ ☐
SENOS	BULTOS ☐	DOLOR ☐	SECRECIÓN DEL PEZÓN ☐
ABDOMEN	NÁUSEA ☐	DOLOR ABDOMINAL ☐	ESTREÑIMIENTO ☐
	VÓMITO ☐	HERNIA HIATAL ☐	DIARREA ☐
	DOLOR POR INFLAMACIONES ☐	ÚLCERA ☐	HEMORROIDES ☐
	DIFICULTAD PARA TRAGAR ☐	GASES ☐	SANGRE EN LAS HECES ☐
	INDIGESTIÓN ☐	DISTENSIÓN ABDOMINAL ☐	HECES NEGRAS ☐

REVISIÓN DE SISTEMAS (CONTINUACIÓN): (Marque todas las casillas que apliquen)

URINARIO/ GINECOLÓGICO	SANGRE EN LA ORINA	☐	NÚM. DE EMBARAZOS _____	SANGRADO INTERMENSTRUAL ☐ CALAMBRES ☐ SECRECIÓN ☐ INFECCIONES VAGINALES ☐ ÚLTIMA PRUEBA DE PAPANICOLAOU _____
	ARDOR AL ORINAR	☐	NÚMERO DE ABORTOS ESPONTÁNEOS _____	
	ORINAR CON FRECUENCIA	☐	NÚMERO DE ABORTOS INDUCIDOS _____	
	DIFICULTAD PARA EMPEZAR A ORINAR	☐	NÚMERO DE HIJOS _____	
	INFECCIONES DE VEJIGA/RIÑÓN	☐	ÚLTIMA MENSTRUACIÓN _____	
	LEVANTARSE POR LA NOCHE A ORINAR	☐	FRECUENCIA _____	
	SENTIMIENTO DE TENER LA VEJIGA LLENA	☐	INTERVALO _____	
PIEL	SARPULLIDO	☐	COMEZÓN ☐	CAMBIO EN EL PELO O LAS UÑAS ☐
NEUROMUSCULAR	ARTICULACIÓN RIGIDEZ	☐	INFLAMACIÓN ☐	CALAMBRES NOCTURNOS ☐
	DOLOR EN LAS ARTICULACIONES	☐	DOLOR DE ESPALDA ☐	VENAS VARICOSAS ☐
HEMATOLÓGICO	HACERSE MORETONES O SANGRAR CON FACILIDAD	☐	ANEMIA ☐	INFUSIÓN PREVIA ☐
				REACCIONES A TRANSFUSIONES ☐
ENDOCRINO	PROBLEMAS DE TIROIDES	☐	INTOLERANCIA A LO CALIENTE O FRÍO ☐	SED O HAMBRE EXCESIVA ☐
PSIQUIÁTRICO	ANSIEDAD	☐	DEPRESIÓN ☐	PÉRDIDA DE MEMORIA ☐
	ATAQUES DE PÁNICO	☐	IDEAS SUICIDAS ☐	INSOMNIO ☐

HISTORIAL SOCIAL:

 Orientación sexual: ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Lesbiana o gay ☐ Opta por no revelar

Otra orientación (describa): _____

Estado civil: _____

Número de hijos: _____ Edad/Sexo de los hijos: _____

 ¿Está o podría estar actualmente embarazada? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

 ¿Planea tener hijos en el futuro? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

 ¿Le gustaría hablar de opciones para conservar la fertilidad? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

Nombre del/de la cónyuge: _____

Ocupación del/de la cónyuge: _____

Ocupación del/de la paciente: _____

Nivel de estudios más alto: _____

Preguntas sobre recibir atención sin transfusiones de sangre:

¿Da su consentimiento para una transfusión de sangre? ☐ Sí ☐ No

Si se necesitara una transfusión de sangre para salvarle la vida, ¿la aceptaría? ☐ Sí ☐ No

¿Le gustaría inscribirse para recibir atención sin transfusiones de sangre? ☐ Sí ☐ No

Si contestó "No", motivo por negarse a recibir sangre (religioso o de otro tipo): _____

¿Hay una persona designada para tomar decisiones de atención médica que entienda sus deseos respecto a una transfusión de sangre? ☐ Sí ☐ No

El/la paciente vive: Solo/a ☐
Cónyuge ☐
Hermano/a(s) ☐

Un/a hijo(a) ☐
Padre(s) ☐
Amigo/a ☐
Otro persona ☐ _____

Antecedentes de tabaquismo:

Cigarrillos ☐

¿Cuántos años? _____

Cigarros ☐

Número por día _____

Pipa ☐

Si lo dejó, ¿cuándo? _____

**Antecedentes de consumo de
bebidas alcohólicas:**

Cerveza ☐

¿Cuántos años? _____

Vino ☐

¿Cuánto consume al día/la semana/el mes? _____

Bebidas fuertes ☐

Si lo dejó, ¿cuándo? _____

Consumo recreativo de drogas recreativas ☐

Transfusiones de sangre ☐

Pruebas de VIH ☐

Marihuana ☐ ¿Tiene una tarjeta de marihuana medicinal? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿quién le extiende su receta? _____

SERVICIOS DE APOYO:

¿Ha completado instrucciones por anticipado? ☐ Sí ☐ No

¿Ha completado el testamento vital? ☐ Sí ☐ No

¿Ha completado una carta poder para asuntos médicos? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene una necesidad sobre la que le gustaría hablar con un trabajador social? ☐ Sí ☐ No

¿Anticipa que el TRANSPORTE sea un problema para ir y venir de las citas? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene preocupaciones económicas sobre las que le gustaría hablar con un representante de beneficios del paciente?
☐ Sí ☐ No

FIRMA DEL/DE LA PACIENTE: _____

FIRMA DEL MÉDICO: _____