

Historial médico del paciente



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Núm. Seguro Social: _____ Fecha de hoy: _____ Sexo: Masculino Estatura: _____
Femenino

Identidad de género:

Hombre Mujer Transgénero masculino (hombre) Transgénero femenina (mujer) Genderqueer/No binario Prefiero no contestar

Pronombres: Ella/esta/suya Él/este/suyo Ellos/estos/suyos Otro Prefiero no contestar

Preferencia religiosa (ej. cristianismo, islam, judaísmo, etc.): _____ Prefiero no contestar

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Médico que lo derivó: _____ Teléfono: _____

Otro médico (Nombre/Especialidad): _____ Teléfono: _____

Proveedor de salud de la conducta: _____

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

Problema actual o razón de la consulta: _____

HISTORIAL MÉDICO ANTERIOR: *Marcar todas las casillas que correspondan.*

Alergias	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>
Anemia/Trastornos sanguíneos	<input type="checkbox"/>	Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Arritmia	<input type="checkbox"/>
Coágulos sanguíneos	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	Pancreatitis	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	Anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/>
Colitis	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Derrame	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	Tiroides	<input type="checkbox"/>
Reflujo gastroesofágico	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>		

Otro: _____

Otro: _____

¿Alguna infección o enfermedad infantil poco común? _____

OPERACIONES: *Indicar año, operación y cirujano (si lo sabe)*

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

REVISIÓN DE SISTEMAS (CONT.): Marcar todas las casillas correspondientes

URINARIO/ GINECÓLOGICO	SANGRE EN LA ORINA <input type="checkbox"/>	NÚM. DE EMBARAZOS _____	MANCHITAS DE SANGRE <input type="checkbox"/> CALAMBRES <input type="checkbox"/> SECRECIÓN <input type="checkbox"/> INFECCIONES VAGINALES <input type="checkbox"/> ÚLTIMO PAPANICOLAU _____
	ARDOR AL ORINAR <input type="checkbox"/>	NÚM. DE ABORTOS ESPONTÁNEOS _____	
	ORINAR CON FRECUENCIA <input type="checkbox"/>	NÚM. DE ABORTOS _____	
	DIFICULTAD PARA EMPEZAR A ORINAR <input type="checkbox"/>	NÚM. DE HIJOS _____	
	INFECCIONES DE VEJIGA/RIÑÓN <input type="checkbox"/>	ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL _____	
	LEVANTARSE POR LA NOCHE A ORINAR <input type="checkbox"/>	DURACIÓN _____	
	SENSACIÓN DE VEGIJA LLENA <input type="checkbox"/>	INTERVALO _____	
PIEL	SARPULLIDO <input type="checkbox"/>	PICOR <input type="checkbox"/>	CAMBIO EN EL CABELLO O LAS UÑAS <input type="checkbox"/>
NEURO-MUSCULAR	RIGIDEZ EN LAS ARTICULACIONES <input type="checkbox"/>	INFLAMACIÓN <input type="checkbox"/>	CALAMBRES NOCTURNOS <input type="checkbox"/>
	DOLOR EN LAS ARTICULACIONES <input type="checkbox"/>	DOLOR DE ESPALDA <input type="checkbox"/>	VENAS VARICOSAS <input type="checkbox"/>
HEMATOLÓGICO	MORETONES O HEMORRAGIAS CON FACILIDAD <input type="checkbox"/>	ANEMIA <input type="checkbox"/>	INFUSIÓN PASADA <input type="checkbox"/>
			REACCIONES A TRANSFUSIONES <input type="checkbox"/>
ENDOCRINO	PROBLEMAS DE TIROIDES <input type="checkbox"/>	INTOLERANCIA AL FRÍO O CALOR <input type="checkbox"/>	SED O HAMBRE EXCESIVA <input type="checkbox"/>
PSIQUIÁTRICO	ANSIEDAD <input type="checkbox"/>	DEPRESIÓN <input type="checkbox"/>	PÉRDIDA DE MEMORIA <input type="checkbox"/>
	ATAQUES DE PÁNICO <input type="checkbox"/>	IDEAS SUICIDAS <input type="checkbox"/>	INSOMNIO <input type="checkbox"/>

HISTORIAL SOCIAL:

 Orientación sexual: Heterosexual Bisexual Lesbiana o gay Prefiero no contestar

Otro (describir): _____

Estado civil: _____

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

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

 ¿Tiene previsto tener hijos en el futuro? Sí No N/A

 ¿Desea hablar sobre la conservación de la fertilidad? Sí No N/A

Nombre del cónyuge: _____

Ocupación del cónyuge: _____

Ocupación del paciente: _____

Nivel más alto de educación obtenido: _____

El paciente vive: Solo Hijo(a)
Cónyuge Padre(s)
Hermano(s) Amigo
Otro _____

Historial de tabaco

Cigarrillos ¿Cuántos años? _____
Cigarros Número por día _____
Pipa Si lo dejó, ¿cuándo? _____

Historial de alcohol

Cerveza ¿Cuántos años? _____
Vino ¿Cuánto por día/semana/mes? _____
Licor Si lo dejó, ¿cuándo? _____

Consumo recreativo de drogas Transfusiones de sangre Pruebas de VIH
Marihuana ¿Tiene tarjeta de marihuana medicinal? Sí No
En tal caso, ¿quién se la recetó? _____

SERVICIOS DE APOYO:

¿Tiene un documento de instrucciones previas? Sí No
¿Tiene un testamento vital? Sí No
¿Tiene un poder notarial médico? Sí No
¿Desea hablar con una trabajadora social sobre algo que necesita? Sí No
¿Piensa que el TRANSPORTE será un problema para llegar a sus citas? Sí No
¿Desea hablar con un representante de beneficios para pacientes sobre alguna inquietud económica? Sí No

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL MÉDICO: _____