

Formulario de Historial de Paciente Nuevo

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

Por favor responda las siguientes preguntas. SEA TAN ESPECÍFICO COMO SEA POSIBLE E INCLUYA TODAS LAS CONDICIONES. ES CRUCIAL QUE INCLUYA TODA LA INFORMACIÓN DE SALUD YA QUE AYUDARÁ CON EL TRATAMIENTO.

Historial Médico Personal: Condiciones - actuales o tratadas en el pasado. (Marque todas las que correspondan)

- ☐ Alergias
- ☐ Anemia
- ☐ Ansiedad
- ☐ Artritis
- ☐ Asma
- ☐ Hiperplasia prostática benigna
- ☐ Trastorno bipolar
- ☐ Coágulo de sangre
- ☐ Cáncer (agregar comentarios abajo)
- ☐ Fatiga crónica
- ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva
- ☐ EPOC / Problemas respiratorios
- ☐ Enfermedad de las arterias coronarias
- ☐ Cataratas
- ☐ Demencia / Pérdida de memoria
- ☐ Depresión
- ☐ Diabetes
- ☐ Diverticulosis
- ☐ Trastorno alimenticio
- ☐ Enfisema
- ☐ Fibromialgia
- ☐ Glaucoma
- ☐ Gota
- ☐ Ataque cardíaco
- ☐ Enfermedad cardíaca
- ☐ Acidez / Reflujo gástrico
- ☐ Hepatitis
- ☐ Colesterol alto
- ☐ VIH
- ☐ Hipertensión
- ☐ Enfermedad renal
- ☐ Cálculos renales
- ☐ Úlceras en pierna/pie
- ☐ Enfermedad del hígado
- ☐ Obesidad
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Neumonía
- ☐ Convulsiones
- ☐ Derrame cerebral

- ☐ Enfermedad de la tiroides
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Úlceras de estómago o duodeno
- ☐ Infecciones urinarias
- ☐ NINGUNA

Otros problemas médicos no mencionados arriba:

Historial Quirúrgico (Marque todas las que correspondan)

- ☐ Apendectomía Fecha de la cirugía: _____
- ☐ Cirugía de bypass cardíaco Fecha de la cirugía: _____
- ☐ Colectomía Fecha de la cirugía: _____
- ☐ Reparación de hernia Fecha de la cirugía: _____
- ☐ Amigdalectomía Fecha de la cirugía: _____
- ☐ Lesiones de piel eliminadas Fecha de la cirugía: _____
- ☐ NINGUNA Fecha de la cirugía: _____

Otras cirugías no mencionadas arriba:

Lesiones y fracturas óseas:

Transfusión de sangre:

Alergias (POR FAVOR INDIQUE ALÉRGENO Y REACCIÓN)

Alérgeno _____ Reacción _____

- ☐ Alergias interiores
- ☐ Alergias exteriores
- ☐ Alergias alimenticias
- ☐ Medicamentos
- ☐ Vacunas (Reacciones)
- ☐ NINGUNA ALERGIA CONOCIDA

Lista de Medicamentos Actuales (indique el nombre, dosis y frecuencia):

Nombre de la farmacia preferida: _____

Dirección de la farmacia: _____

Farmacia de pedido por correo: _____

Prefiere resurtido de 30 días: ☐ Prefiere resurtido de 90 días: ☐

Vacunas (seleccione todas las que recibió, si es posible indique el año):

- ☐ Hepatitis A
- ☐ Hepatitis B
- ☐ Difteria
- ☐ Tos ferina
- ☐ Tétanos
- ☐ Haemophilus Influenza Tipo B
- ☐ Polio
- ☐ Neumococo
- ☐ Sarampión
- ☐ Paperas
- ☐ Rubéola
- ☐ Varicela
- ☐ Influenza

☐ Rotavirus
☐ Virus del Papiloma Humano (VPH)
☐ COVID-19
Otras: _____

Estado de fumador:

☐ Nunca fumador
☐ Exfumador
☐ Fumador diario actual
☐ Fumador ocasional actual
☐ Fumador intenso
☐ Fumador ligero

¿Cuántos años ha fumado? _____

¿Cuántas cajetillas por día? _____

Fecha en que dejó de fumar (si aplica): _____

Si actualmente fuma, ¿está interesado en dejar de fumar? Sí ☐ No ☐

¿Bebe alcohol? Sí ☐ No ☐

Tipo: _____ Bebidas/semana: _____

Historial de uso de drogas: Sí ☐ No ☐

¿Está empleado? Sí ☐ No ☐

Ocupación: _____

Si está jubilado o discapacitado, ¿qué tipo de trabajo realizó? _____

Historial Social:

Estado civil:

☐ Soltero
☐ Casado
☐ Divorciado
☐ Separado
☐ Viudo
☐ Pareja de hecho

Vive con (seleccione todos los que correspondan):

☐ Padre
☐ Madre
☐ Hermanos
☐ Familia de acogida
☐ Abuelos
☐ Padrastro/Familia

Otros: _____

Actividad sexual - Parejas:

Nunca: ☐ Actual: ☐ Pasado: ☐

Esposo/a: ☐ Pareja significativa: ☐

Masculino: ☐ Femenino: ☐

Exámenes realizados (indique el año en que se realizaron):

Densidad ósea: _____

Colonoscopia: _____

Examen rectal digital: _____

Última mamografía: _____

Última prueba de Papanicolaou: _____

Resultados (Papanicolaou): Normal ☐ Anormal ☐ Desconocido ☐

Prueba de sangre PSA: _____

Historial Familiar (Parientes consanguíneos de primer grado):

Artritis

Madre ☐ Padre ☐ Hermana ☐ Hermano ☐ Hija ☐ Hijo ☐

Asma

Madre ☐ Padre ☐ Hermana ☐ Hermano ☐ Hija ☐ Hijo ☐

Demencia

Madre ☐ Padre ☐ Hermana ☐ Hermano ☐ Hija ☐ Hijo ☐

Depresión

Madre ☐ Padre ☐ Hermana ☐ Hermano ☐ Hija ☐ Hijo ☐

Diabetes Tipo I

Madre ☐ Padre ☐ Hermana ☐ Hermano ☐ Hija ☐ Hijo ☐

Diabetes Tipo II

Madre ☐ Padre ☐ Hermana ☐ Hermano ☐ Hija ☐ Hijo ☐

Enfermedad cardíaca

Madre ☐ Padre ☐ Hermana ☐ Hermano ☐ Hija ☐ Hijo ☐

Presión arterial alta

Madre ☐ Padre ☐ Hermana ☐ Hermano ☐ Hija ☐ Hijo ☐

Colesterol alto

Madre ☐ Padre ☐ Hermana ☐ Hermano ☐ Hija ☐ Hijo ☐

Enfermedad renal

Madre ☐ Padre ☐ Hermana ☐ Hermano ☐ Hija ☐ Hijo ☐

Obesidad

Madre ☐ Padre ☐ Hermana ☐ Hermano ☐ Hija ☐ Hijo ☐

Osteoporosis

Madre ☐ Padre ☐ Hermana ☐ Hermano ☐ Hija ☐ Hijo ☐

Derrame cerebral

Madre ☐ Padre ☐ Hermana ☐ Hermano ☐ Hija ☐ Hijo ☐

Abuso de sustancias

Madre ☐ Padre ☐ Hermana ☐ Hermano ☐ Hija ☐ Hijo ☐

Cáncer (agregar comentarios abajo)

Madre ☐ Padre ☐ Hermana ☐ Hermano ☐ Hija ☐ Hijo ☐

Comentarios: _____