

## HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**Historia Quirúrgica:** \_\_\_\_\_

**Identidad de género:** Identificarse como hombre  Identificarse como mujer  Transgénero  Elegir no revelar

Sexo asignado al nacer: Hombre  Mujer  Elija no revelar

Orientación sexual: Heterosexual o heterosexual  Bisexual  Lesbiana, Gay u Homosexual   
Algo más  No sé  Elige no revelar

**Historia menstrual:** Primera fecha del último período \_\_\_\_\_ si es menopáusico, edad del último período \_\_\_\_\_

¿Períodos irregulares? Sí  No  Embarazos \_\_\_\_\_ Niños vivos \_\_\_\_\_ Abortos espontáneos \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_

**Historial médico:** Por favor, rodee todos los problemas médicos pasados o presentes y/o síntomas

Anemia	A-fib/Arritmia cardíaca/Soplo	Enfermedad cardíaca	Trastorno hemorrágico
Artritis	Problemas de espalda/cuello	cardíaca	Moretones fáciles
Asma	Coágulos de sangre	Dolor en el pecho	Cáncer de tipo
TDAH	Problemas intestinales	Presión arterial alta	Enfermedad de la próstata
Alergias	Problemas de los senos	Diabetes	Impotencia
Aneurisma	Insuficiencia cardíaca	Depresión	Problemas oculares
Trastorno de ansiedad	congestiva	Dialisis	Problemas gastrointestinales
Aterosclerosis	Enfermedad de las arterias coronarias	Problemas del oído/Audición	Dolores de cabeza/migrañas
Acidez estomacal/reflujo	Demencia	Gota	Herpes
Hiatal Hernia	Hemorroides	Hepatitis/enfermedad hepática	Hipertensión
Enfermedad hipertiroides	Colesterol alto	VIH/SIDA	Enfermedad pulmonar
Enfermedad nerviosa	Enfermedad hipotiroidea	Nefropatía	Osteoporosis
Enfermedad de Parkinson	Problemas musculoesqueléticos	Obesidad	Enfermedad pulmonar/embolia
Fiebre reumática	Enfermedad vascular periférica	Neumonía	Problemas de la piel
Trastorno del sueño	Radiación/Quimioterapia	Convulsiones	Temblores
Tuberculoso	Estenosis espinal	Golpe	Problemas urinarios/vesicales
Várices	Úlceras	Uso de anticoagulantes	Enfermedad vascular

### Historia social:

Ocupación: \_\_\_\_\_

Educación: Menos del 8º grade  School  Secundaria 2 años  College  4 años  College  Post Graduate

Estado de tabaquismo: No  Former  Corriente cada day  Corriente someday  Desconocida

Alguna vez ha usado cigarrillos electrónicos o vapeo Sí  No

Fumar (¿Cuánto?): 1PPW  2PPW  1/4 PPD  1/2PPD  1PPD  2PPD  3+ PPD

¿Fumado desde qué edad?: \_\_\_\_\_ ¿Tabaco-años de consumo?: \_\_\_\_\_

Tabaco de mascar: ninguno  1/días  2-4/día  5+día

Drogas ilícitas: \_\_\_\_\_ ¿Antecedentes de adicción a las drogas/alcohol?: Si  No

Consumo de alcohol: Ninguno \_\_ Ocasional \_\_ Modérate \_\_ Heavy \_\_ Consumo de cafeí  
\_\_ Moderada \_\_ Pesada \_

Ingesta de cafeína: Ninguna \_\_ Ocasional \_\_ Moderada \_\_ Pesada \_

Nivel de ejercicio: Ninguna \_\_ Ocasional \_\_ Moderada \_\_ Pesada

¿Vivir solo o con otros?: Alone \_\_ Con others \_\_

Estado civil: Married \_\_ Single \_\_ Divorced \_\_ Separated \_\_ Widowed \_\_ Partner \_\_ doméstico

Directiva avanzada: Sí \_\_ No \_\_ Cuál es el estado de su código: Código completo \_\_ DNR \_\_ Otro \_\_  
Indecisos \_\_

¿Tiene detectores de humo y monóxido de carbono en su hogar? Si \_\_ No \_\_

¿Hay armas en su casa? Si \_\_ No \_\_

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS:** \_\_\_\_\_ None \_\_\_\_\_ Aspirin \_\_\_\_\_ Penicillin \_\_\_\_\_ Sulfa  
otro: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS:**

Medicación	Hace (por ejemplo, mg / píldora)	Cuántas veces al día	Prescrito por quién:
------------	-------------------------------------	----------------------	----------------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**HISTORIA FAMILIAR:** Por favor, indique cualquier historia familiar de lo siguiente:

Diagnóstico	Miembro(s) de la familia	Edad de inicio	¿Living?	Diagnóstico	Miembro(s) de la familia	Edad de inicio	¿Living?
TDA/TDAH	_____	_____	_____	Eccema	_____	_____	_____
Alcoholismo	_____	_____	_____	Deficiencia auditiva	_____	_____	_____
Alergias	_____	_____	_____	Colesterol elevado	_____	_____	_____
Enfermedades de Alzheimer	_____	_____	_____	Presión arterial alta	_____	_____	_____
Asma	_____	_____	_____	Enfermedad del intestino irritable	_____	_____	_____
Enfermedad de la sangre	_____	_____	_____	Aprendizaje	_____	_____	_____
Enfermedad cardíaca	_____	_____	_____	Enfermedad mental	_____	_____	_____
Cáncer de tipo:	_____	_____	_____	Migrañas	_____	_____	_____
Golpe	_____	_____	_____	Obesidad	_____	_____	_____
Depresión	_____	_____	_____	Osteoartritis	_____	_____	_____
Retardo	_____	_____	_____	Osteoporosis	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____				

**Equipo de atención al paciente:** Haga una lista de cualquier especialista que esté seeing \_\_\_\_\_

---

---

---

**Exámenes de salud / inmunizaciones:** Especifique si ha tenido alguno de los siguientes. Fecha de la lista y resultados.

Prueba de Papanicolaou	_____
Mamografía	_____
Radiografía de tórax	_____
Examen físico	_____
Examen de próstata/PSA	_____
Hemocult de heces	_____
Sigmoidoscopia	_____
Colonoscopia	_____
Colesterol	_____
Azúcar en la sangre	_____
IMC	_____
PPD	_____
Vacuna contra la influenza	_____
Vacuna contra el tétanos/Td/Tdap	_____
Vacuna contra la hepatitis B/A	_____
Varicela/Vacuna	_____
Vacuna Covid	_____

\*\*Esto ha sido revisado por el Doctor (Drs. Initials) \_\_\_\_\_ Updated (anual) \_\_\_\_\_