



Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

La razon de su visita? \_\_\_\_\_

**Historial de Cirugias**

Cirugia	Fecha de cirugia	Notas

**Historial Familiar:** Por favor sea específico si se encuentra en el lado materno o paterno.

Relacion	Problema

Relacion	Problema

**MEDICAMENTOS:** Si no hay suficiente espacio, por favor indique los medicamentos al reverso de esta hoja.

**Farmacia:** \_\_\_\_\_

Medicamento / Dosis	Frecuencia

Medicamento / Dosis	Frecuencia

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

Alergia a medicamento	Reaccion

Alergia a medicamento	Reaccion

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Historial Medico (Solamente marque Si aplica)**

	Si	Notas		Si	Notas
<b>TDAH</b>			<b>Ataque de corazon</b>		
<b>Dolor abdominal</b>			<b>Enfermedades del corazon</b>		
<b>Perdida anormal de peso</b>			<b>Valvula/ Soplo cardiaco</b>		
<b>Trastornos afectivos</b>			<b>Hemorroides</b>		
<b>Alcoholismo</b>			<b>Hepatitis (agudo o cronico)</b>		
<b>Alergias</b>			<b>Hernia(s)</b>		
<b>Anemia</b>			<b>Colesterol alto</b>		
<b>Anorexia</b>			<b>Alta Presion</b>		
<b>Trastornos de ansiedad</b>			<b>Tiroides Alto</b>		
<b>Aneurisma aortico</b>			<b>Tiroides Bajo</b>		
<b>Apendicitis</b>			<b>Incontinencia: fecal</b>		
<b>Disminucion de apetito</b>			<b>Incontinencia: urinaria</b>		
<b>Arritmia</b>			<b>Indigestion</b>		
<b>Artritis</b>			<b>Enfermedad Renal</b>		
<b>Asma/problemas Respiratorios</b>			<b>Ulceras de la pierna/pie</b>		
<b>Fibrilacion Auricular</b>			<b>Enfermedad hepatica</b>		
<b>Aleteo Auricular</b>			<b>SARM (infección en la piel)</b>		
<b>Problemas de riñon/vejiga</b>			<b>Sarampion</b>		
<b>Trastornos de la sangre</b>			<b>Migraña/dolor de cabeza</b>		
<b>Hinchazon</b>			<b>Aborto espontaneo</b>		
<b>Enfermedades en la sangre</b>			<b>Mononucleosis infecciosa</b>		
<b>Cambios digestivos</b>			<b>Llagas en la boca</b>		
<b>Masa/quiste en el seno</b>			<b>Esclerodis multiple</b>		
<b>Huesos Rotos</b>			<b>Paperas</b>		
<b>Bronquitis</b>			<b>Problema de musculo/hueso</b>		
<b>Bulimia</b>			<b>Trauma nasal</b>		
<b>Empolio cerebral</b>			<b>Nauseas</b>		
<b>Cancer</b>			<b>Nausea/Vomito</b>		
<b>Problema de arteria carotida</b>			<b>Transplante de organos</b>		
<b>Cataratas</b>			<b>Osteopenia</b>		
<b>Dependenica quimica/drogas</b>			<b>Osteoporosis</b>		
<b>Varicela</b>			<b>Marcapasos</b>		
<b>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</b>			<b>Ulceras Pepticas</b>		
<b>Dolor Cronico</b>			<b>Problema vascular periferico</b>		
<b>Estreñimento</b>			<b>Pulmonia</b>		
<b>Enfermedad arteria coronaria</b>			<b>Polio</b>		
<b>Thrombosis venosa profunda</b>			<b>Poliomielitis</b>		
<b>Depresion</b>			<b>Menopausia</b>		
<b>Trastornos de desarrollo o de comportamiento</b>			<b>Problemas de Prostata</b>		
<b>Diabetes</b>			<b>Problemas Psiquiátricos</b>		
<b>Dialisis</b>			<b>Embolia Pulmonar</b>		
<b>Diarrea</b>			<b>Sangrado Rectal</b>		
<b>Dificultar al pasar</b>			<b>Enfermedad por Reflujo</b>		
<b>Problemas digestivos</b>			<b>Fiebre reumática</b>		

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Diverticulitis			Fiebre escarlata		
Problemas del oído/audición			Convulsiones		
Embarazo ectópico			Lesiones Serias / traumáticas		
Problemas Emocionales			Enfermedad de transmisión sexual		
Enfisema			Cáncer de piel/o problemas de piel		
Epilepsia			Apnea del sueño (ronquidos)		
Fibromialgia			Intento de suicidio		
Enfermedades Gastrointestinales			Falta de aliento		
Enfermedad genitourinaria			Inflamación de anginas		
ERGE/reflujo ácido			Tuberculosis		
Sarampión alemán			Fiebre tifoidea		
Glaucoma			Úlceras		
Bocio			Infección vía urinaria		
Gonorrea			Infecciones vaginales		
Gota			Problemas de visión o de ojos		
VIH positivo			Vómito con sangre		
Dolor de cabeza/mareos					

### Historial Social

Ocupación					Notas	
Educación					Notas	
Capaz de cuidar de sí mismo?	Sí		No		Notas	
Toma Alcohol?	No	Ocasional	Moderado	Excesivo	Años de uso:	
Dieta especial	Regular		Vegetariano		Notas	
Nivel de ejercicio	No	Ocasional	Moderado	Excesivo	Notas	
Cafeína	No	Ocasional	Moderado	Excesivo	Notas	
No recusar	Sí		No		Notas	
Vive solo o con otros?	Solo/a		Con Otros		Notas	
Uso de drogas ilícitas	Sí		No		Años de uso:	
Nivel de estrés	Bajo		Med	Alto	Notas	
Actividades Deportivas	Sí				Notas	
Activo/a sexualmente?	Sí		No		Notas	
Sexo con protección?	Sí		No		Notas	
Antecedentes de abuso	Sí		No		Notas	
Abuso actual	Sí		No		Notas	
Tipo de abuso	Verbal		Físico	Emocional	Notas	
Consumo de Tabaco?	Nunca	Anterior	Actual	Espontáneo	Años de uso:	Cuanto Fuma?:

Vacuna contra la gripe: \_\_\_\_\_ Vacuna contra la neumonía: \_\_\_\_\_

Detección del cáncer de colon: \_\_\_\_\_ Fecha de examen \_\_\_\_\_

Tipo de examen:  Colonoscopia  Sigmoidoscopia Flexible  Prueba de sangre oculta fecal

