



Antecedentes de salud de pacientes adultos

Nombre a fines legales: _____
Nombre Apellido

Cómo le gusta que le llamen: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo a fines legales: Masculino Femenino X

Género: Mujer Hombre Mujer transgénero Hombre transgénero
 No binario Género queer Agénero No está en la lista: _____

Completar este formulario

Al responder estas preguntas, estará ayudando a su médico a comprender más sobre su salud y la mejor manera de tratarle. Si necesita ayuda para completar este formulario, el personal de la clínica podrá ayudarle.

GENERAL

1. Su estado civil es Soltero/a Casado/a En pareja Divorciado/a o separado/a
 Viudo/a Otro: _____

2. ¿Dónde se crió? _____

3. ¿Qué tipo de **trabajo** hace o, si está jubilado/a, qué hacía? _____

4. ¿Qué nivel de estudios completó? _____

5. ¿Cuándo fue la última vez que **consultó a un médico de atención primaria**? _____

¿A quién consultó? _____

6. ¿Usted tiene una directiva anticipada o un testamento vital? Sí No

7. ¿Usted tiene una POLST (órdenes médicas de tratamiento para el sustento de vida)? Sí No

Traiga los formularios de la directiva anticipada, el testamento vital o la POLST a su cita.

ALERGIAS

8. ¿Alguna vez tuvo una **reacción alérgica (efecto negativo)** a un medicamento o vacuna?

No Sí Escriba el nombre del medicamento o de la vacuna y el efecto a continuación.

Medicamentos a los que soy alérgico/a	Qué sucede cuando tomo ese medicamento
EJEMPLO: Atenolol	Tengo sarpullido

9. ¿Tiene alguna **reacción alérgica (efecto negativo)** a algo de lo siguiente?

No, no tengo alergias.

Sí. *Marque todas las opciones que correspondan*

Alérgico/a a	Qué sucede
<input type="checkbox"/> Látex (guantes de goma)	
<input type="checkbox"/> Pasto o polen	
<input type="checkbox"/> Huevos	
<input type="checkbox"/> Mariscos	
<input type="checkbox"/> Otras:	
<input type="checkbox"/> Otras:	

MEDICAMENTOS

10. ¿Está tomando algún **medicamento con receta**?

No, no tomo ningún medicamento con receta.

Sí. Indique sus medicamentos a continuación

Traje los frascos de mis comprimidos o una lista

Farmacia: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del medicamento	Concentración o cantidad	¿Cuántos comprimidos o dosis toma cada vez?			
EJEMPLO: Furosemida	20 mg	2 mañana	1 mediodía	cena	antes de dormir
		mañana	mediodía	cena	antes de dormir
		mañana	mediodía	cena	antes de dormir
		mañana	mediodía	cena	antes de dormir
		mañana	mediodía	cena	antes de dormir
		mañana	mediodía	cena	antes de dormir
		mañana	mediodía	cena	antes de dormir
		mañana	mediodía	cena	antes de dormir
		mañana	mediodía	cena	antes de dormir

11. ¿Toma regularmente algún **medicamento sin receta, vitaminas o suplementos nutricionales**?

No Sí Marque todas las opciones que correspondan e indique la "concentración o cantidad" para lo que esté tomando.

Nombre del medicamento	Concentración o cantidad
<input type="checkbox"/> Analgésico (ejemplos: Tylenol, Advil, Motrin, Aleve, aspirina)	
<input type="checkbox"/> Vitaminas	
<input type="checkbox"/> Antiácido (ejemplos: Tums, Prilosec)	
<input type="checkbox"/> Medicamento a base de hierbas, indique:	
<input type="checkbox"/> Suplementos nutricionales, indique:	
<input type="checkbox"/> Otro, indique:	

HISTORIA CLÍNICA

12. ¿**Alguna vez** tuvo alguno de los siguientes **problemas de salud**? Marque todas las opciones que correspondan.

<input type="checkbox"/> Papanicolaou anormal (prueba PAP no normal)	<input type="checkbox"/> Hepatitis (enfermedad que afecta el hígado)
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Presión arterial elevada
<input type="checkbox"/> Anemia (hierro bajo, baja cantidad de glóbulos rojos)	<input type="checkbox"/> Colesterol alto
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Ictericia (la piel y los ojos se ponen amarillos)
<input type="checkbox"/> Asma (enfermedad respiratoria)	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal
<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Cálculos renales
<input type="checkbox"/> Trastorno intestinal	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática
<input type="checkbox"/> Cáncer (tipo: _____)	<input type="checkbox"/> Meningitis
<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Osteoporosis (huesos débiles)
<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	<input type="checkbox"/> Problemas de próstata
<input type="checkbox"/> Trastornos de coagulación	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)	<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> Depresión (sentirse triste o deprimido)	<input type="checkbox"/> Culebrilla (sarpullido doloroso en la piel)
<input type="checkbox"/> Diabetes (altos niveles de azúcar en sangre)	<input type="checkbox"/> Drepanocitos (trastorno que afecta los glóbulos rojos)
<input type="checkbox"/> Enfisema (enfermedad pulmonar)	<input type="checkbox"/> Problemas de la piel
<input type="checkbox"/> Enfermedad de reflujo gastroesofágico (acidez estomacal [agruras], reflujo ácido)	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral
<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias (drogas ilegales, problema de drogas)
<input type="checkbox"/> Gota (dolor articular en los dedos del pie)	<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea

<input type="checkbox"/> Pérdida de audición	<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB, enfermedad pulmonar)
<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Problemas urinarios (problema para orinar)
<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco (ruido adicional que hace el corazón)	<input type="checkbox"/> OTRO:

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

13. ¿Alguna vez tuvo una cirugía?

No, nunca tuve una cirugía Sí. *Indique a continuación cada cirugía.*

Cirugía	Fecha

ANTECEDENTES FAMILIARES

14. ¿Alguno de los **miembros de su familia** tuvo alguno de los siguientes problemas de salud?

Marque todas las opciones que correspondan

Nombre	¿Vive?	No se conocen antecedentes	Cáncer	Diabetes	Problemas cardíacos	Presión arterial elevada	Derrame cerebral	Enfermedad tiroidea	Otros problemas
Madre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Padre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Hermana	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Hermana	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Hermano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Hermano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								

ANTECEDENTES SOCIALES

15. ¿Bebe **alcohol**?

No

Sí. Por favor, responda las preguntas a continuación:

Vino (copas por semana) _____ ¿Por cuántos años? _____

¿Fecha en la que dejó? _____

Cerveza (latas por semana) _____ ¿Por cuántos años? _____

¿Fecha en la que dejó? _____

Licor (tragos por semana) _____ ¿Por cuántos años? _____

¿Fecha en la que dejó? _____

16. ¿Consume **drogas**? (esta información no se denuncia)

No

Sí. Por favor, responda las preguntas a continuación:

¿Ha consumido durante la última semana? No Sí, ¿cuántas veces? _____

Tipos de drogas consumidas: *Marque todas las opciones que correspondan*

Marihuana Metanfetaminas Cocaína Heroína

Otras: _____

17. ¿Alguna vez **fumó cigarrillos, cigarros, fumó en pipa, consumió rapé o mascó tabaco**?

No

Sí. Por favor, responda las preguntas a continuación:

Cigarrillos (paquetes por día): _____ ¿Por cuántos años? _____

¿Fecha en la que dejó? _____

Cigarros (cantidad por día): _____ ¿Por cuántos años? _____

¿Fecha en la que dejó? _____

Pipa (cantidad por día): _____ ¿Por cuántos años? _____

¿Fecha en la que dejó? _____

Rapé (cantidad por día): _____ ¿Por cuántos años? _____

¿Fecha en la que dejó? _____

Tabaco para mascar (cantidad por día): _____

¿Por cuántos años? _____ ¿Fecha en la que dejó? _____

¿Desea dejar? Sí No Ya he dejado

18. Tiene relaciones sexuales con Hombres Mujeres Ambos No tengo relaciones sexuales

Si usa algún método anticonceptivo, ¿qué tipo utiliza? *Marque todas las opciones que correspondan*

- Abstinencia Ritmo (seguimiento de fechas) Inserciones Implante
 Condón Ligadura de trompas (trompas ligadas) DIU Vasectomía
 Inyección Método de retiro o marcha atrás Pastillas anticonceptivas Diafragma
 Posmenopáusica Otro: _____

EJERCICIO

19. ¿Hace ejercicio 2 o más días a la semana? Sí No

20. ¿Qué hace para realizar ejercicio? _____

INMUNIZACIONES (Vacunas)

21. ¿Se ha realizado las siguientes vacunas?

- | | | |
|--|-------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gripe/Influenza | Fecha _____ | Lugar de administración _____ |
| <input type="checkbox"/> Tétano–Difteria (Td) | Fecha _____ | Lugar de administración _____ |
| <input type="checkbox"/> Tétano-Difteria-Tos ferina (Tdap) | Fecha _____ | Lugar de administración _____ |
| <input type="checkbox"/> HPV (Gardasil) | Fecha _____ | Lugar de administración _____ |
| <input type="checkbox"/> Pneumovax/Prevnar | Fecha _____ | Lugar de administración _____ |
| <input type="checkbox"/> Shingrix (culebrilla) | Fecha _____ | Lugar de administración _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | Fecha _____ | Lugar de administración _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | Fecha _____ | Lugar de administración _____ |
| <input type="checkbox"/> Sarampión, paperas y rubéola | Fecha _____ | Lugar de administración _____ |

SERVICIOS DE ESPECIALIDADES

22. ¿Actualmente está consultando a algún otro médico?

Nombre **del médico**: _____ Tipo de médico: _____

Cuándo lo consultó por última vez: _____ Número de teléfono: _____

Nombre **del médico**: _____ Tipo de médico: _____

Cuándo lo consultó por última vez: _____ Número de teléfono: _____

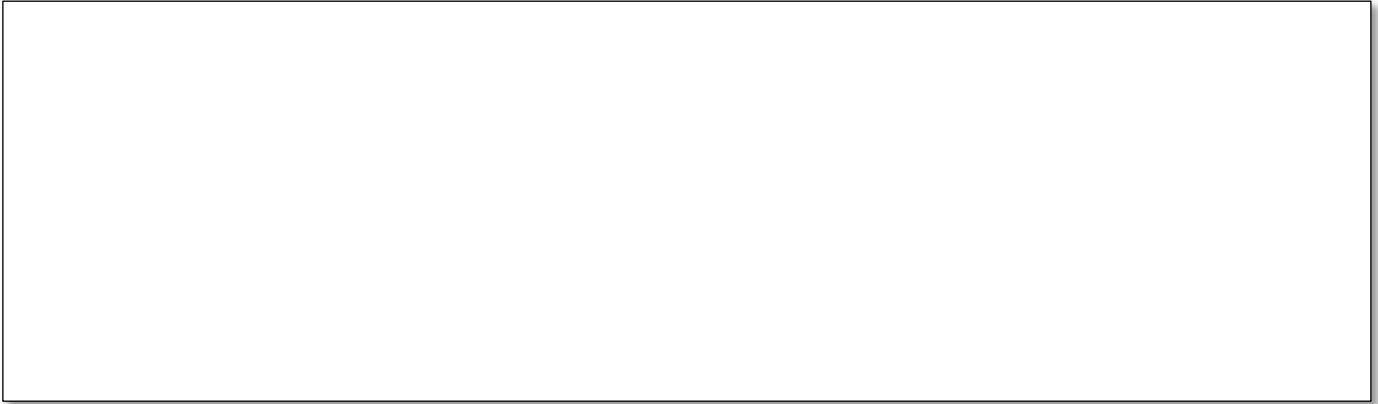
Nombre **del médico**: _____ Tipo de médico: _____

Cuándo lo consultó por última vez: _____ Número de teléfono: _____

Nombre **del dentista**: _____ Tipo de médico: _____

Cuándo lo consultó por última vez: _____ Número de teléfono: _____

¿Alguna otra información que deberíamos saber?

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for providing additional information or answers to the question above.