HISTORIA MEDICA DEL ADULTO

Nombre del Paciente:		**Fecha de Nacimiento:**	
Fuente de informacion: [ ] Pacient [ ] Esposo (a) [ ]Familiar [ ] Otra persona			
ANTECEDENTES MEDICOS			
Lista de Alergias (Comida, medicamentos, ambientales etc.):_____			
Favor de completar las preguntas que apliquen a usted:		Presión alta	☐ SI
Asma	☐ SI	Alto colesterol	☐ SI
Coágulos en sus piernas o pulmón	☐ SI	Infección con VIH o SIDA	☐ SI
Cáncer (Lugar): _____		Enfermedad renal	☐ SI
Bronquitis o enfisema	☐ SI	Enfermedades del Hígado, estomago o intestino	☐ SI
Insuficiencia Cardiaca Congestiva	☐ SI	Epilepsia	☐ SI
Depresión/Ansiedad	☐ SI	Embolia	☐ SI
Diabetes	☐ SI	Enfermedad de tiroides	☐ SI
Enfermedad Cardiaca	☐ SI	Tuberculosis	☐ SI
Hepatitis	☐ SI	Otras enfermedades: _____	
Esta usted tomando algún medicamento prescrito o algún remedio casero (hierbas)? Si su respuesta es si, favor enlistar los medicamentos, dosis y para que condición los toma. _____			
Favor de darnos la fecha en que usted recibió alguno de los siguientes servicios de salud preventiva:		Fecha de su ultima vacuna contra el Tétano:	
Fecha de su ultima colonoscopia:		Fecha de su ultima prueba para la tuberculosis? (PPD):	
Fecha de su vacuna para Herpes Zoster:		Si su prueba de tuberculosis fue positiva, termino	
Fecha de su ultima vacuna para la neumonía:		Fecha de sus ultima radiografía de pecho:	
HISTORIA MEDICA DE LA MUJER			
Edad de su primera regla:		Fecha del ultimo Papanicolaou:	
Numero de embarazos:		Fecha de su ultima mamografía:	
Numero de partos/cesáreas:		Que método anticonceptivo utiliza?	
HISTORIA QUIRURGICA Y DE HOSPITALIZACIONES			
Favor de enlistar todas las cirugías que ha tenido, en que año se le efectuaron y si tuvo alguna complicación/Igualement enliste hospitalizaciones recientes y motivo por el cual estuvo en el hospital: _____			
HISTORIA SOCIAL	Favor de completar todo lo que aplique a usted?		
Toma alcohol?	☐ SI	☐ NO	Cuantos bebidas de alcohol toma a la semana?
Consume drogas?	☐ SI	☐ NO	Que tipo de drogas?
Fumo alguna vez?	☐ SI	☐ NO	Cuantos cigarrillos fuma al día?
Por cuantos años fumo?		Es sexualmente activo?	☐ SI ☐ NO
HISTORIA FAMILIAR: alguno de sus familiares cercanos (Madre, Padre, Hermano, Hermana, o Abuelos) ha tenido			
Problemas de Coagulación:	☐ SI	Alto colesterol:	☐ SI
Cáncer (especifique el tipo):	☐ SI	Presión Alta:	☐ SI
Diabetes:	☐ SI	Embolia	☐ SI
Enfermedad del corazón:	☐ SI	Adicción a drogas	☐ SI
Enfermedades mentales:	☐ SI	Otras:	
Firma del Paciente: _____		**Fecha:** _____	