

Historial médico del paciente nuevo - Adulto

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____

Preocupaciones médicas actuales (de lo que le gustaría hablar hoy):

1. (más importante) _____
2. _____

Indique si es alérgico a algún medicamento:

Nombre del medicamento y reacción

Indique todos los medicamentos que toma actualmente, incluidos los medicamentos de venta sin receta, los suplementos herbolarios o las vitaminas (escriba en el reverso de la página si necesita más espacio):

Nombre del medicamento, dosis e instrucciones (frecuencia con la que lo toma)

¿Ha recibido las siguientes inmunizaciones (vacunas)? En caso afirmativo, indique el año aprox. en que las recibió:

Vacuna antigripal: ☐ Sí ☐ No Año _____ Tétanos/Difteria: ☐ Sí ☐ No Año _____ Hepatitis A: ☐ Sí ☐ No Año _____

Herpes zóster: ☐ Sí ☐ No Año _____ Vacuna contra neumonía: ☐ Sí ☐ No Año _____

Hepatitis B: ☐ Sí ☐ No Año _____ MMR: ☐ Sí ☐ No Año _____ Polio: ☐ Sí ☐ No Año _____

Otros: ☐ Sí ☐ No Año _____

MUJERES: ¿Existe la posibilidad de que esté embarazada? ☐ Sí ☐ No

¿Ha estado embarazada anteriormente? ☐ Sí ☐ No (¿Cuántas veces?) _____

¿Cuándo fue su último periodo menstrual? _____

¿Se ha sometido alguna vez a una intervención quirúrgica? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, enumérelas (incluya el año si es posible):

¿Alguna hospitalización? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, enumérelas (incluya el año si es posible):

Ha tenido alguna otra lesión grave? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, enumérelas (incluya el año si es posible):

¿Se ha sometido a alguna de estas PRUEBAS? En caso afirmativo, indique cuándo:

Colonoscopia ☐ Sí ☐ No Año _____ Prueba de densidad ósea ☐ Sí ☐ No Año _____ Prueba de Papanicolaou ☐ Sí ☐ No Año _____ Mamografía ☐ Sí ☐ No Año _____ Prueba cardíaca/ prueba de esfuerzo ☐ Sí ☐ No Año _____

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

¿Eres adoptado/a? ☐ Sí ☐ No (Si la respuesta es NO, llena la siguiente sección) P=Paterno M=Materno

	Madre	Padre	Abuela	Abuelo	Hermana	Hermano	Tio	Tia
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)								
Enfermedad de Alzheimer								
Alcoholismo/Abuso de sustancias								
Aneurisma								
Ansiedad y/o depresión								
Artritis								
Asma								
Bipolar o esquizofrenia								
Trastornos sanguíneos								
Cáncer								
Trastorno del desarrollo								
Diabetes								
Enfisema/ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)								
Infarto de miocardio								
Trastorno hereditario								
Colesterol alto								
Hipertensión arterial								
Enfermedad renal								
Enfermedades hepáticas								
Migrañas								
Osteoporosis								
Convulsiones/Epilepsia								
Cáncer de piel								
Ictus								
Muerte súbita cardíaca								
Trastorno tiroideo								

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

TDAH o TDA	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Endometriosis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Alcoholismo/Abuso de sustancias	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fibromialgia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Alergias/Fiebre del heno	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Gota	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Anemia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas ginecológicos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Complicaciones de la anestesia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	VIH	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastorno de ansiedad o ansiedad recurrente	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas cardiacos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Artritis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Hepatitis C	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Asma	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Presión arterial alta/Hipertensión	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastorno del espectro autista	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Colesterol alto	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Bipolar o esquizofrenia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cálculos renales	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Defectos congénitos o enfermedades hereditarias	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas de riñón o vejiga	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Transfusión sanguínea	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Enfermedades hepáticas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cáncer	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Migrañas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Varicela	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas musculares, articulares u óseos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas de coagulación/sangrado excesivo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Osteoporosis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Depresión	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Reflujo/GERD	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastornos del desarrollo o del comportamiento	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Convulsiones/Epilepsia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diabetes o prediabetes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas cutáneos (erupciones/ lunares cambiantes)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diverticulitis/Diverticulosis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Úlceras de estómago o problemas para tragar	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Violencia doméstica	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular o AIT	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Infecciones crónicas de oído	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas de oído o audición	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tuberculosis o prueba TB positiva	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastornos alimentarios como anorexia o bulimia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas de visión u oculares	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Eczema	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Otros:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfisema/EPOC/Bronquitis crónica	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			