

# Historia médica

## Student Health Service de la University of Iowa

El Student Health Service de la University of Iowa solicita esta información confidencial, a los efectos de proveer cuidados al paciente. Por lo general, a las personas ajenas al Servicio de Salud para Estudiantes no se les suministra esta información sin conocimiento y el consentimiento por escrito del paciente. Se requiere responder a todos los ítems para facilitar la atención apropiada al paciente.

### A. Datos personales ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otros \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de ID de estudiante \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Domicilio: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Número, calle o casilla de correo) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Persona de contacto para emergencias: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Domicilio) (Teléfono)

Nombre preferido, si es diferente del anterior: \_\_\_\_\_

### B. Historia médica de la familia biológica/personal: ¿usted o algún miembro de su familia directa tiene o ha tenido alguno de los siguientes? (Familia directa: padre, madre, hermanos, hermanas).

Responder a cada ítem. Para los ítems marcados como "S" haga comentarios en la parte D.

	Usted		Familiar		Relación		Usted		Familiar		Relación
	S	N	S	N			S	N	S	N	
Alcohol/Drogas						Enfermedad hereditaria					
Alergias						Presión arterial elevada					
Artritis (enfermedad/lesión articular)						Colesterol elevado					
Asma						Ictericia o hepatitis					
Cáncer						Enfermedad renal					
Diabetes						Afección psiquiátrica					
Problemas de oído, nariz y garganta						Trastorno convulsivo					
Trastornos del ojo (no anteojos correctivos)						Infección de transmisión sexual					
Lesión en la cabeza						Problemas estomacales o intestinales					
Problemas/enfermedades cardíacos						Accidente cerebrovascular					
Hemofilia						Otros					

¿Alguna vez estuvo hospitalizado o se sometió a una cirugía? De ser así, especifique \_\_\_\_\_

¿Alguna vez recibió tratamiento por una enfermedad mental? (Especifique) \_\_\_\_\_

Enumere todas las medicaciones que esté tomando actualmente: \_\_\_\_\_

Enumere las alergias a lo siguiente: medicamentos (indique el tipo de reacción que tuvo) \_\_\_\_\_

Alergenos de alimentos o ambientales: \_\_\_\_\_

### C. Antecedentes sociales

- ¿Consume tabaco? ☐ Sí ☐ no (Si respondió que sí, indique cuánto y durante cuánto tiempo) \_\_\_\_\_
- ¿Bebe alcohol? ☐ Sí ☐ no (Si respondió que sí, indique cuánto y durante cuánto tiempo) \_\_\_\_\_
- ¿Hace ejercicio? ☐ Sí ☐ no (Si respondió que sí, con qué frecuencia y en qué forma) \_\_\_\_\_
- ¿Tiene problemas de peso o con la comida? \_\_\_\_\_
- ¿Necesita asistencia con sus actividades diarias normales? ☐ Sí ☐ no (Si respondió que sí, describa) \_\_\_\_\_
- ¿Tiene dificultades para comprender el inglés? ☐ Sí ☐ no ¿Cuál es su idioma principal? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene circunstancias que afecten su capacidad de entender y aprender sobre cuestiones de salud? \_\_\_\_\_
- Si requiere un intérprete u otro tipo de asistencia con la comunicación, informe al encargado de citas al programar la suya.
- Si tiene alguna directiva anticipada, como un testamento vital, envíe una copia con este formulario.

### D. Comentarios: use este espacio para hacer comentarios de la sección B y para cualquier información adicional que a su criterio, debamos saber.

### E. Verificación:

\_\_\_\_\_  
Firma del alumno

\_\_\_\_\_  
Fecha

Entregue este formulario a: The University of Iowa, Student Health Services, 4189 Westlawn, Iowa City, IA 52242-1100 o envíelo por fax a 319-335-7247