

Historial de salud de paciente adulto

Fecha: _____

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
Sexo	

Inquietudes de hoy	
--------------------	--

Medicina preventiva	Fecha de la última prueba
Mamografía:	
Papanicolaou	
Densidad ósea	
Colonoscopia	

Inmunizaciones	Fecha de la última aplicación
Gripe	
Neumonía	
Hepatitis A	
Hepatitis B	
Tétanos	
Herpes	

Historial médico del paciente

¿Alguna vez tuvo un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou cervical o anal? (marque una opción)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Para mujeres: fecha del último ciclo menstrual	Fecha: _____

Enfermedades y condiciones del paciente

Nombre	Marque si la tiene ahora o la tuvo en el pasado	Nombre	Marque si la tiene ahora o la tuvo en el pasado
Anemia		Epilepsia	
Artritis (osteoartritis o artritis reumatoide)		Ataque cardíaco	
Asma		Hepatitis (indique el tipo)	
Cáncer (indique el tipo)		Hipertensión arterial	
Diabetes (indique el tipo)		Enfermedad pulmonar	
Depresión/ansiedad/salud mental		Infección de transmisión sexual	
Tiroides (hipertiroidismo o hipotiroidismo)			

Medicamentos	Por favor traiga todo su medicamento(s) para su visita Indique todos los medicamentos que utiliza actualmente y las dosis, incluidas las hierbas, las vitaminas/los suplementos, las aspirinas, los antiácidos, los estimulantes, los diuréticos, los laxantes, los tranquilizantes, las pastillas para los nervios, las drogas sociales, y otros medicamentos comprados con o sin receta.	
Nombre	Dosis	Frecuencia

Reacciones y alergias a medicamentos	
No se conocen alergias a medicamentos	<input type="checkbox"/> (marque si corresponde)

Tratamiento quirúrgico/Hospitalización Historial	
¿Alguna vez ha tenido una cirugía? (Marque uno)	
¿Alguna vez fue hospitalizado? (marque una opción)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Por favor indique la fecha de cirugía	
Si la respuesta es sí, ¿por qué motivo? (escriba en letra de imprenta)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Historial médico familiar

Indique (marque la casilla) si algún miembro de la familia ha tenido lo siguiente:	Indique la relación del miembro de la familia con el paciente: p. ej., tía, padre, hermana
Asma <input type="checkbox"/>	
Cáncer - Tipo _____	
Depresión/suicidio/psiquiátrica (encierre con un círculo)	
Ataque cardíaco	
Hipertensión arterial	
Colesterol alto	
Accidente cerebrovascular	
Tiroides (hipertiroidismo o hipotiroidismo) (encierre	

(encierre con un círculo)	
Tuberculosis	
Abuso de alcohol/drogas (encierre con un círculo)	

Historia social

Consumo de alcohol (cerveza, vino, licor)	Cantidad por día _____
Uso de drogas sociales/recreativas	Nombre(s) _____ Cantidad por día _____ _____
¿Fuma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez fumó?	Fecha en que dejó: _____