

INFORMACIÓN DEL/DE LA PACIENTE

Nombre completo:	Dirección:
Fecha de nacimiento:	Ciudad:
Edad:	Estado: Código postal:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Teléfono principal:
Número del Seguro Social:	Teléfono del trabajo:
Situación laboral:	Teléfono celular:
Empleador:	Teléfono secundario:
Fecha de jubilación <i>(si corresponde)</i> :	Correo electrónico:
Estado civil: Por favor, marque uno <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separados legalmente <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	Raza: Por favor, marque una <input type="checkbox"/> India Americana o Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana <input type="checkbox"/> Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Raza desconocida / otra <input type="checkbox"/> Blanca o Caucásica
Etnicidad: Por favor, marque una <input type="checkbox"/> Hispano(a) o latino(a) <input type="checkbox"/> No hispano(a) o latino(a) <input type="checkbox"/> Desconocido	Contacto(s) de emergencia:
	Número de emergencia:
	Relación del contacto de emergencia:
Idioma preferido:	

Si el/la paciente es MENOR de EDAD: Por favor, complete esta sección

Nombre de la madre:	Nombre del padre:
Fecha de nacimiento de la madre:	Fecha de nacimiento del padre:
Teléfono de la madre:	Teléfono del padre:
¿Es la madre la tutora legal? S N	¿Es el padre el tutor legal? S N

INFORMACIÓN DEL SEGURO

SEGURO PRIMARIO	SEGURO SECUNDARIO
Número de membresía o identificación del/de la paciente:	Número de membresía o identificación del/de la paciente:
Número de grupo:	Número de grupo:

Nombre de grupo:	Nombre de grupo:
Nombre del/de la suscriptor(a) <i>(nombre en la tarjeta)</i> :	Nombre del/de la suscriptor(a) <i>(nombre en la tarjeta)</i> :
Fecha de nacimiento del/de la suscriptor(a):	Fecha de nacimiento del/de la suscriptor(a):
Relación con el/la paciente:	Relación con el/la paciente:

PACIENTE NUEVO(A) FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Nombre completo: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

ALERGIAS SIN ALERGIAS

ALERGIA	REACCIÓN ALÉRGICA

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS <i>(Por favor, enumérelas TODOS)</i>	DOSIS <i>(Mg., pastilla, etc.)</i>	VECES POR DÍA

Si necesita más espacio para enumerar los medicamentos, escríbalos en una hoja de papel en blanco con la información requerida

Nombre del/de la paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

ENFERMEDAD / CONDICIÓN	ACTUAL	ANTERIOR	COMENTARIOS
Alcoholismo / abuso de drogas			
Asma			
Cáncer (<i>tipo: _____</i>)			
Depresión / Ansiedad / Bipolar / Suicida			
Diabetes (<i>tipo: _____</i>)			
Enfisema (<i>EPOC</i>)			
Enfermedades cardíacas			
Presión arterial alta (<i>hipertensión</i>)			
Colesterol alto			
Hipotiroidismo / enfermedad tiroidea			
Enfermedad renal (<i>riñones</i>)			
Migrañas			
Accidente cerebrovascular			
Otro:			
Otro:			

CIRUGÍAS:

TIPO (<i>especificar lado izquierdo / derecho</i>)	FECHA	UBICACIÓN / CENTRO

Nombre del/de la paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR NO SE CONOCE UN HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR SIGNIFICATIVO

✓ MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN	Alcoholismo / abuso de drogas		Cáncer (tipo: _____)	Enfisema (EPOC)	Depresión / Ansiedad	Bipolar	Suicida	Muerte a temprana edad	Enfermedades cardíacas	Colesterol alto	Presión alta	Enfermedad renal	Accidente cerebrovascular	Enfermedad tiroidea	Migrañas	Diabetes	Otro: _____	Otro: _____
	Asma																	
Madre																		
Padre																		
Hermano																		
Hermana																		
Niño(a)																		
Abuela por parte de madre																		
Abuela por parte de padre																		
Abuelo por parte de madre																		
Abuelo por parte de padre																		
Otro:																		

HISTORIAL SOCIAL

Ocupación (<i>u ocupación previa</i>):	<input type="checkbox"/> Retirado(a) <input type="checkbox"/> Desempleado(a) <input type="checkbox"/> Licencia <input type="checkbox"/> Discapacitado(a)
Empleador:	Años de educación o grado más alto:
Si está empleado(a), ¿trabaja en el turno de la noche? S N N/A	
Estado civil (<i>marque uno</i>): <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿Usted tiene hijos? S N	En caso afirmativo, ¿Cuántos?

OTROS PROBLEMAS DE SALUD

CONSUMO DE TABACO	¿Fuma cigarrillos? S N (<i>Si nunca fumó, por favor, pase a la parte Consumo de alcohol / drogas</i>)		
Actualmente: Paquetes por día _____ Cuántos años _____	Anteriormente: Fecha en que dejó de fumar: _____ Paquetes por día _____ Cuántos años _____		
Otro tipo de tabaco (<i>marque los que correspondan</i>): <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Tabaco en polvo <input type="checkbox"/> Mascar			
CONSUMO DE ALCOHOL / DROGAS	¿Usted toma bebidas alcohólicas? S N	<input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Licor	Cantidad de bebidas por semana:
¿Usted usa marihuana o drogas recreativas? S N		¿Alguna vez ha usado agujas para inyectarse drogas? S N	
¿Alguna vez usted ha usado drogas de otra persona? S N			

OTROS PROBLEMAS DE SALUD continuación...

ACTIVIDAD SEXUAL	¿Está involucrado(a) sexualmente en la actualidad? S N (<i>Si no tiene antecedentes sexuales, por favor, pase a la parte de Ejercicios</i>)		
La(s) pareja(s) sexual(es) es / son / han sido: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
Método anticonceptivo: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Condón <input type="checkbox"/> Píldora / Anillo / Parche / Inyección / DIU <input type="checkbox"/> Vasectomía			

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Usted ha viajado fuera del país en los últimos 30 días? S N	En caso afirmativo, ¿dónde?
¿Usted ha servido en el ejército? S N	En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo y cuál rama del ejército?
¿A usted lo/la enviaron a algún lugar? S N	En caso afirmativo, ¿dónde?

Nombre del/de la paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS ✓ MARQUE TODOS LOS QUE

CORRESPONDAN

CONSTITUCIÓN FÍSICA		CARDIOVASCULAR		PIEL	
	Cambio de actividad		Dolor en el pecho		Cambio de color
	Cambio en el apetito		Inflamación de las piernas		Palidez
	Escalofríos		Palpitaciones		Erupción
	Diaforesis	GASTROINTESTINAL			Lesión
	Fatiga		Distensión abdominal	ALERGIA / INMUNOLOGÍA	
	Fiebre		Dolor abdominal		Alergias al medio ambiente
	Cambio de peso inesperado		Sangrado anal		Alergias a alimentos
CABEZA, OÍDO, NARIZ Y GARGANTA			Sangre en las heces fecales		Inmunocomprometido
	Congestión		Estreñimiento	NEUROLÓGICO	
	Problema dental		Diarrea		Mareos
	Babeo		Náuseas		Asimetría facial
	Secreción del oído		Dolor rectal		Dolores de cabeza
	Dolor de oído		Vómitos		Aturdimiento
	Hinchazón facial	ENDOCRINO			Entumecimiento
	Pérdida de audición		Intolerancia al frío		Convulsiones
	Llagas en la boca		Intolerancia al calor		Dificultad para hablar
	Sangrado nasal		Polidipsia		Síncope
	Goteo posnasal		Polifagia		Temblores
	Rinorrea		Poliuria		Debilidad
	Presión de los senos nasales	GENITOURINARIO		HEMATOLÓGICO	
	Estornudos		Dificultad para orinar		Adenopatía
	Dolor de garganta		Disuria		Moretones y sangrados con facilidad
	Zumbido en los oídos		Incontinencia nocturna	PSIQUIÁTRICO	
	Dificultad para tragar		Dolor en el costado		Intranquilidad
	Cambio en la voz		Frecuencia urinaria		Problemas de conducta
OJOS			Llagas genitales		Confusión
	Secreción ocular		Sangre en la orina (hematuria)		Disminución de la concentración
	Picazón en los ojos		Secreción del pene		Estado de ánimo disfórico
	Dolor ocular		Dolor en el pene		Alucinaciones
	Enrojecimiento de los ojos		Inflamación del pene		Hiperactividad
	Fotofobia		Inflamación del escroto		Nerviosismo / Ansiedad
	Trastorno visual		Dolor testicular		Autolesiones
RESPIRATORIO			Urgencia urinaria		Trastorno del sueño
	Apnea		Disminución de la orina		Pensamientos suicidas
	Opresión en el pecho	MUSCULAR			
	Asfixia		Artralgia (dolor en las articulaciones)		
	Tos		Dolor de espalda		
	Dificultad para respirar		Caminar inestable		
	Estridor		Inflamación de las articulaciones		
	Sibilancias		Mialgias		
			Dolor en el cuello		
			Rigidez en el cuello		

Nombre del/de la paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____