

## HISTORIA DE SALUD

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Idioma preferido \_\_\_\_\_

### PREFERENCIA DE FARMACIA

Nombre de farmacia local \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_

### HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE (encierre con un círculo sí o no)

ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Problemas de pie	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Problemas de salud mental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Abuso de alcohol/drogas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Soplo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Alergias (que no sean medicinas)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cataratas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Patología nerviosa/muscular	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			Problemas circulatorios	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Colitis/enfermedad intestinal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Acidez/Reflujo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Neumonía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	gastroesofágico/úlceras	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	obstructiva crónica	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Deformaciones congénitas/ problemas genéticos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Depresión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Ictericia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Patología de la glándula tiroides	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Nefropatía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Meningitis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hepatitis viral	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Orta historia clinica:

### HISTORIA QUIRÚRGICA DEL PACIENTE (encierre con un círculo sí o no)

Cirugía abdomen	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cirugía del colon	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Reparación de una hernia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Apendicectomía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cirugía cosmética	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Histerectomía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Reparación quirúrgica: huesos quebrados/fracturas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cesárea	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Reemplazo articular	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Injerto de derivación de la arteria coronaria	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Colecistectomía (vesícula biliar)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Tabos en los oídos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cirugía cerebral	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Amigdalectomía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
Cirugía de la mama	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Esterilización	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			

Otros antecedentes quirúrgicos:

### HISTORIA SOCIAL DEL PACIENTE PARA MAYORES DE 10 AÑOS DE EDAD

Tabaquismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Abandonó <input type="checkbox"/> Pasivo	Comentario _____
Paquetes por día	<input type="checkbox"/> 0,25 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1,5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Años de tabaquismo: <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
Fecha en que abandonó		<input type="checkbox"/> Otro _____
Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Targos por semana	Vaso(s) de vino Lata(s) de cerveza Trago(s) de licor Tragos que contengan 0,5 oz de alcohol	Comentario _____
Uso de drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentario _____
Por semana		Tipos: <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Metanfetamina <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> IV
Sexualmente activo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No en la actualidad	Comentario _____
Sexo de las parejas	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Control de la natalidad/protección: <input type="checkbox"/> Condón <input type="checkbox"/> Píldora <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Espermicida <input type="checkbox"/> Ritmo <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Abstinencia		



**Complete la siguiente información relacionada con los antecedentes médicos de su familia.**

Coloque una "X" en el casillero correspondiente a continuación (ver ejemplo).

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Relación	Nombre	Estado (Circulo)	Cáncer: tipo y edad de fallecimientos (si aplica)	Tipo de diabetes	Insuficiencia cardíaca	Hipertensión (presión arterial alta)	Asma	Colesterol alto	Artritis reumatoidea	Artritis-Osteoartritis	Derrame Cerebral	Patología de la glándula tiroidea	Convulsiones	Migraña	Erupciones cutáneas/ problemas de piel	Otro
<b>Ejemplo</b>	<b>Hermana</b>	<b>Sally</b>	<b>Vive/falleció</b>	<b>X</b>			<b>X</b>				<b>X</b>					
Padres	Madre		Vive/falleció													
Padres	Padre		Vive/falleció													
Hermanos			Vive/falleció													
Hermanos			Vive/falleció													
Hermanos			Vive/falleció													
Hermanos			Vive/falleció													
Hermanos			Vive/falleció													
Hijos del paciente			Vive/falleció													
Hijos del paciente			Vive/falleció													
Hijos del paciente			Vive/falleció													
Hijos del paciente			Vive/falleció													
Abuelos	<sup>1</sup> MGM		Vive/falleció													
Abuelos	<sup>1</sup> MGF		Vive/falleció													
Abuelos	<sup>2</sup> PGM		Vive/falleció													
Abuelos	<sup>2</sup> PGF		Vive/falleció													

1: Materna  
2: Paterna

**FEMENINO**

MANTENIMIENTO DE LA SALUD	FECHA
Último examen gine./citología vaginal	
Última mamografía	
Última prueba de densidad ósea	
Última colonoscopia	
Última Tdap/tétano	
Última Pneumovax	
Última vacuna contra la gripe	
Zostavax	

**MASCULINO**

MANTENIMIENTO DE LA SALUD	FECHA
Último PSA	
Última colonoscopia	
Última Tdap/tétano	
Última Pneumovax	
Última vacuna contra la gripe	
Zostavax	

¿Consulta a otros médicos?  Sí  No

Nombre \_\_\_\_\_ ¿Para qué? \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ ¿Para qué? \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ ¿Para qué? \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ ¿Para qué? \_\_\_\_\_