

Preferencia de farmacia

Nombre de la farmacia local _____ Ciudad/Calle _____
 Farmacia de pedidos por correo _____ Idioma pref. _____

Historial médico (Encierre Sí o No)

Asma	Sí	No	Colesterol alto	Sí	No
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	Sí	No	Problemas del corazón	Sí	No
Apnea del sueño	Sí	No	Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)	Sí	No
Diabetes	Sí	No	Coágulos sanguíneos	Sí	No
Enfermedad renal	Sí	No	Ataque isquémico transitorio (AIT)	Sí	No
Enfermedad hepática	Sí	No	Accidente cerebrovascular	Sí	No
Osteoporosis	Sí	No	Ansiedad	Sí	No
Cáncer	Sí	No	Depresión	Sí	No
Cáncer de piel	Sí	No	Bipolaridad	Sí	No
Convulsiones	Sí	No	Esquizofrenia	Sí	No
Hipertensión	Sí	No	Otro _____		

Historial quirúrgico

	Encierre a continuación	Fecha		Encierre a continuación	Fecha
Extirpación del apéndice	Sí No	_____	Cirugía de rodilla - artroscópica	Sí No	_____
Extirpación de la vesícula biliar	Sí No	_____	Lado derecho/izquierdo		
Extirpación de tiroides	Sí No	_____	Cirugía de rodilla - reemplazo	Sí No	_____
Extirpación de amígdalas	Sí No	_____	Lado derecho/izquierdo		
Extracción de cataratas	Sí No	_____	Cirugía de la columna	Sí No	_____
Histerectomía	Sí No	_____	Tipo: _____		
Ligadura de trompas	Sí No	_____	Implante	Sí No	_____
Extirpación de ovario	Sí No	_____	Tipo: _____		
Extirpación de mama	Sí No	_____	Trasplante	Sí No	_____
Lado derecho/izquierdo			Tipo: _____		
Biopsia de mama	Sí No	_____	Colocación de stent	Sí No	_____
Reparación de hernia	Sí No	_____	Ubicación: _____		
Cirugía de restricción gástrica	Sí No	_____	Otros _____		
Cirugía de derivación cardíaca (CABG)	Sí No	_____			
Cirugía de cadera - reemplazo	Sí No	_____			
Lado derecho/izquierdo					

COLOQUE LA ETIQUETA DEL PACIENTE AQUÍ

Mantenimiento de la salud

Indique las fechas de finalización más recientes si corresponde

Última vacuna Tdap/tétanos		Última colonoscopia	
Último Pneumovax		Último Papanicolaou/examen ginecológico	
Última vacuna contra la gripe		Última mamografía	
Shingrix		Última densitometría ósea DEXA	

Antecedentes familiares

Marque todo lo que corresponda

	Vive (S o N)	Sin problemas conocidos	Cáncer	Cáncer de mama	Cáncer uterino	Cáncer de ovarios	Cáncer de próstata	Cáncer de colon	Arteriopatía coronaria	Accidente cerebrovascular	Hipertensión	Diabetes	Colesterol alto	Enfermedad de tiroides	Asma	Reumatoide	Migraña
Madre																	
Padre																	
Hermana																	
Hermana																	
Hermano																	
Hermano																	
Abuela materna																	
Abuelo por parte de madre																	
Abuela paterna																	
Abuelo paterno																	
Otro																	

Adoptado Antecedentes familiares desconocidos

Historia social

Encierre/complete según corresponda

Consumo de tabaco

- Nunca
- Exfumador
- Fumador
- Exposición pasiva al humo

Cajetillas por día: 0.25 0.5 1 1.5 2 3

Tipo(s): Cigarros Pipa Puros Cigarros electrónicos

Fecha de inicio de consumo: _____

Fecha de suspensión de consumo: _____

Años: 0.5 1 2 3 4 5 10 15

Consumo de tabaco sin humo

- Nunca
- Actual
- Anterior

Tipo(s): Tabaco para masticar Tabaco en polvo

Consumo de alcohol

- Sí
- No
- Actualmente no

Tragos por semana: _____

Copas de vino: _____

Latas de cerveza: _____

Vasitos de licor: _____

Consumo de sustancias o drogas

- Sí
- No
- Actualmente no

Tipo(s): Marihuana Heroína
 Cocaína Metanfetaminas
 Inhaladas Alucinógenas
 Estimulante recetado Medicamentos analgésicos de venta con receta

Sexualmente activo

- Sí
- No
- Actualmente no

Parejas: Mujer Hombre Mujer trans Hombre trans Otro

Control de natalidad/protección

- Condón
- Píldora
- DIU
- Aro
- Espermicida
- Ritmo
- Inyección
- Abstinencia
- Quirúrgico
- Tratamiento como prevención: Profilaxis previa a la exposición