

Historial Médico Confidencial



Nombre: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Edad: _____

Número de seguro social: _____

Medica primaria: _____



Enumere los medicamentos (incluidos los herbales) y las dosis que está tomando actualmente: _____ _____ _____ _____		Enumere las alergias a medicamentos y las reacciones (por ejemplo, sulfamidas = sarpullido): _____ _____ _____ _____	
Historial Médico Pasado: Marque todas las opciones que correspondan:		Historial Quirúrgico Pasado: indique el año aproximado de las cirugías aplicables:	
-Sangrado Uterino Anormal -Prueba de Papanicolaou Anormal -Fibromas -HIV/AIDS -Herpes/Otra ETS -Enfermedad Mamaria/Terrones -GERD/Hiatal Hernia -Enfermedad Inflamatoria Intestinal -Colitis -Hepatitis -Úlceras Gástricas -Diabetes -Trastorno de Tiroides	-Anemia -Arritmia -Enfermedad Cardíaca -Hipertensión Arterial -Colesterol Alto -Asma -Tuberculosis -Infección de la Vejiga -Incontinencia -Enfermedad Renal o Cálculos -Trastorno de Ansiedad -Migraña -Depresión -Cáncer (tipo) _____ -Otro _____	-Histerectomía -Laparoscopia -Histeroscopia -Reparación de la Vejiga -Apendicectomía -Cesárea -Extirpación de Ovarios -Ligadura o Banda Tubárica -Biopsia de Cono Cervical -Reparación de la Pared Vaginal -Remoción de Vesícula Biliar -Amigdalectomía/Adenoidectomía -Otro: _____ _____ _____	Año _____ Año _____ Año _____ Año _____ Año _____ Año _____ Año _____ Año _____ Año _____ Año _____ Año _____ Año _____ Año _____ Año _____ Año _____ Año _____ Año _____
Enumere Cualquier Otro Problema de Salud: _____ _____ _____			
Historia Reproductiva			
✓ Edad en la primera menstruación _____ ✓ Número promedio de días desde el comienzo de un ciclo hasta el comienzo del siguiente ciclo _____ ✓ Número de embarazos _____ ✓ Número de nacidos vivos _____ ✓ Número de abortos espontáneos/abortos _____		✓ Fecha de la última menstruación ____/____/____ ✓ Número de días que dura el flujo _____ ✓ ¿Algún sangrado entre ciclos? Sí/No ✓ ¿Eres sexualmente activa actualmente? Sí/No ✓ ¿Algún sangrado después del coito? Sí/No ✓ Método anticonceptivo: _____ ✓ ¿Satisfecho con el método actual? Sí/No	

____/____		✓ ¿Estás planeando un embarazo para el próximo año? Sí/No			
Historia Reproductiva - continuación					
Mes/Año de Nacimiento	Sexo	Peso al Nacer	Término o Pretermino	Tipo de Entrega (Vaginal o Cesárea)	
Historia Familiar			Historia Social		
Por favor, indique cualquier miembro de la familia inmediata que tenga alguno de los siguientes: Diabetes _____ Enfermedad Cardíaca _____ Hipertensión Arterial _____ Enfermedad Renal _____ Enfermedad de la Tiroides _____ Cáncer (Tipo) _____ Enfermedad Pulmonar _____ Anemia/Heridas Sanguíneas Heredables _____ Depresión/Enfermedad Mental/Alzheimer _____ Otro: _____			Como proveedores de atención médica, nos damos cuenta de que muchas personas viven en situaciones menos que ideales, y es nuestra responsabilidad ofrecer ayuda si se encuentra en un entorno inseguro. Por favor, háganos saber si no se siente seguro en su relación actual o si desea una referencia a un profesional de salud mental o legal. ✓ ¿Se siente seguro en su relación? Sí/No ✓ ¿Está siendo lastimado de alguna manera? Sí/No ✓ ¿Alguna vez te han obligado a tener relaciones sexuales en contra de tu voluntad? Sí/No ✓ ¿Tiene algo que desea comunicarnos que pueda influir en su atención? Sí/No _____		
Comportamientos de salud Preventiva			Sí	No	
¿Usted?					
Fuma (si es así, ¿cuántos al día? _____)			_____	_____	
Beba alcohol (si es así, ¿cuántos a la semana? _____)			_____	_____	
Usar Drogas Recreativas			_____	_____	
Realiza autoexámenes de seno mensualmente			_____	_____	
Utilice protector solar a diario			_____	_____	
Tenga exámenes de la vista anualmente			_____	_____	
Vaya al dentista cada 6-12 meses			_____	_____	
Usa el cinturón de seguridad siempre			_____	_____	
Ejercítese regularmente			_____	_____	
			Sí	No	N/A
No Sé					
¿Las vacunas están al día?					
Tétanos	Año del último _____	_____	_____	_____	_____
Difteria	Año del último _____	_____	_____	_____	_____
Hepatitis	Año del último _____	_____	_____	_____	_____
Influenza	Año del último _____	_____	_____	_____	_____
¿Alguna vez ha tenido?					
Una mamografía	Año del último _____	_____	_____	_____	_____
Una colonoscopia	Año del último _____	_____	_____	_____	_____
Un examen de colesterol	Año del último _____	_____	_____	_____	_____
Una densidad mineral ósea	Año del último _____	_____	_____	_____	_____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____