



Formulario de historial médico

Sus respuestas en este formulario nos ayudarán a entender mejor sus preocupaciones y condiciones médicas. Si se siente incómodo(a) con alguna pregunta, no la responda. Si no puede recordar ciertos detalles, está bien responder con una aproximación.

Nombre _____ Fecha de hoy _____
 Pronombre preferido _____ Fecha de nacimiento _____
 Proveedor de cuidados médicos principal _____ Oficina o clínica: _____
 Última visita: _____ (mes) / _____ (año)

1. Historial médico personal

Por favor, indique si usted ha tenido alguno de los siguientes problemas actualmente o en el pasado.

- | | | | | | |
|------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Enfermedad/cálculo renal | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Artritis | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Enfermedad del hígado/hepatitis | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Asma/enfisema | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de pulmón/neumonía | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Infección de la vejiga | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Pancreatitis | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Diarrea crónica | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Diverticulosis | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Enfermedades de la piel | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| | Si responde que sí, ¿a qué edad? _____ | | Embolia/derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Enfermedades venéreas/sífilis | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Epilepsia/convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Gonorrea/clamidia | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Cálculos biliares | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de tiroides/bocio | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Gota | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Tumores/cáncer | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Úlceras (estómago o intestinos) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Reflujo gástrico (acidez) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Si responde que sí a cualquiera de lo anterior, por favor explique: _____

¿Cuándo le administraron su última vacuna contra el tétano? _____

2. Historial médico familiar

Adoptado(a), historial familiar desconocido.

¿Hay alguien en su familia (incluyendo abuelos, padres, hermanos, hermanas o hijos) que ha tenido cualquiera de las siguientes condiciones?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Artritis | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer del colon/intestinos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer del seno | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Relación familiar:

Vive/falleció:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



Depresión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Enfermedad cardíaca/angina	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Embolias/derrames cerebrales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Otra _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____

3. Hábitos personales

Uso del tabaco

Cigarrillos: Nunca Lo dejé-Fecha _____ Fumo actualmente-Paquetes diarios ___# de años ___
 Otro tipo de tabaco Pipa Puro En polvo Masticado Vapeo
 ¿Está interesado(a) en dejarlo de usar? Sí No

Uso del alcohol

¿Bebe usted alcohol? No Sí, # promedio de bebidas por semana ___
 Si responde que no, ¿ha bebido antes? Sí No

Uso de drogas

¿Usa drogas recreativas como marihuana, cocaína, estimulantes, narcóticos, píldoras para adelgazar?
 Sí No
 ¿Ha usado alguna vez jeringas? Sí No.

Sexualidad

¿Está usted sexualmente activo(a)? Sí No No actualmente
 ¿Usa alguna protección?
 Condomes Algunas veces Siempre Nunca
 PPE Algunas veces Siempre Nunca
 Anticonceptivos Algunas veces Siempre Nunca
 Otro _____

¿Ha tenido alguna vez una enfermedad de transmisión sexual (ETS)? Sí No
 Si responde que sí, por favor incluya _____
 ¿Cuándo fue su última prueba? _____

Ejercicio

¿Hace ejercicio con regularidad? Sí No
 Si responde que sí, ¿qué tipo de ejercicio? _____

Emociones

En el pasado año, ¿ha tenido 2 semanas o más en que usted se ha sentido triste, melancólico o deprimido, o que haya perdido interés o placer en las cosas que normalmente disfruta? Sí No

4. Medicamentos

Por favor, indique todos sus medicamentos actuales, incluyendo medicamentos/suplementos que no



necesitan una receta médica:

Medicamento

Dosis/instrucciones

Medicamentos (continúe):

5. Alergias

Por favor, indique cualquier alergia o reacciones a medicamentos:

Medicamento

Reacción o efecto secundario

6. Operaciones

¿Ha tenido alguna operación? Si responde que sí, haga una lista:

Tipo de operación / Razón de la operación

Hospital / Centro

Fecha de la operación

7. Si es aplicable

total de embarazos ____ # de partos ____ # de abortos espontáneos ____ # de abortos voluntarios ____

Edad cuando tuvo su primer periodo menstrual ____

Fecha que comenzó su menstruación más reciente ____ Duración normal de su periodo menstrual ____ días

Fecha de su último Papanicolau ____

¿Ha tenido alguna vez un Papanicolau anormal? Sí No

Si responde que sí, indique la fecha y una descripción _____

¿Ha dejado de tener sus periodos menstruales? Sí No Si responde que sí, ¿cuándo? ____



- ¿Tiene ahora o ha tenido la menopausia? Sí No
- ¿Normalmente tiene problemas con lo siguiente?:
- Periodos menstruales irregulares, dolorosos o abundantes Sí No
 - Sangrado entre periodos o después de la menopausia Sí No
 - Secreción, dolor o comezón vaginal Sí No
 - Bochornos Sí No
 - Dolor o bultos en los senos Sí No

MedicalHistory_WPCTS
Creado: 09.07.2018
Revisado: 10.24.2018