



## 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?  
 Condones  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