



# FORMULARIO DE HISTORIAL DEL PACIENTE

Fecha de servicio: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Alias/apodos: \_\_\_\_\_

Razón principal de la visita: \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MÉDICO (indicar año de diagnóstico con detalles)

- Asma \_\_\_\_\_
- Enfermedades de la vejiga/de los riñones \_\_\_\_\_
- Enfermedades de la sangre \_\_\_\_\_
- Enfermedades de mamas/ginecológicas \_\_\_\_\_
- Cáncer (\_\_\_\_\_)
- Enfermedades crónicas de los ojos/  
del oído/ de la nariz \_\_\_\_\_
- Depresión/ansiedad \_\_\_\_\_
- Diabetes \_\_\_\_\_
- Enfermedades gastrointestinales \_\_\_\_\_
- Enfermedades del corazón \_\_\_\_\_
- Presión arterial alta \_\_\_\_\_
- Colesterol alto \_\_\_\_\_
- Enfermedades de los pulmones/EPOC/enfisema \_\_\_\_\_
- Enfermedades neurológicas/accidente  
cerebrovascular/convulsiones \_\_\_\_\_
- Problemas de la próstata \_\_\_\_\_
- Enfermedades de la piel \_\_\_\_\_
- Enfermedades de la tiroides \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

### CIRUGÍAS IMPORTANTES (indique el año en el espacio)

- Abdomen \_\_\_\_\_ Ortopedia \_\_\_\_\_
- Apéndice \_\_\_\_\_ Próstata \_\_\_\_\_
- Mamas \_\_\_\_\_ Útero/Ovario \_\_\_\_\_
- Vesícula \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_
- Corazón \_\_\_\_\_

### OTRAS PREOCUPACIONES

**Peso:** ¿Le preocupa su peso?  Sí  No

**Dieta:** ¿Cómo calificaría su dieta?  
 Buena  Satisfactoria  Mala

**Ejercicio:** ¿Hace ejercicios regularmente?  Sí  No

¿Qué tipo de ejercicios? \_\_\_\_\_

Duración (minutos) \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**Seguridad:** ¿La violencia doméstica es un problema para usted?  Sí  No

¿Alguna vez han abusado de usted?  Sí  No

¿Se cae con frecuencia?  Sí  No

**¿Ha completado un documento de voluntades anticipadas o poder notarial de atención médica?**  Sí  No

### HISTORIAL SOCIAL

- Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)
- Divorciado(a)  Separado(a)
- Hijos:  Ninguno  1  2  3  4  5
- Ocupación: \_\_\_\_\_
- Años de educación/nivel alcanzado: \_\_\_\_\_

### ¿Consumo tabaco?

- Cigarrillos:  Nunca  Año en el que dejó el hábito \_\_\_\_\_
- Fumador actual: paquetes por día \_\_\_\_\_ N.º de años \_\_\_\_\_
- Otros tipos de tabaco:  
 pipa  cigarro  rapé  tabaco de mascar
- ¿Está interesado(a) en dejar de consumir tabaco?  Sí  No

### ¿Consumo bebidas con cafeína?

- Sí  No Tazas por día \_\_\_\_\_

### ¿Bebe alcohol?

- Sí  No N.º de bebidas por semana \_\_\_\_\_
- ¿Su alcohol es una preocupación para usted o para otros?  
 Sí  No

### ¿Consumo drogas?

- ¿Alguna vez ha consumido drogas para fines recreativos?  
 Sí  No
- ¿Alguna vez ha utilizado agujas para inyectarse drogas?  
 Sí  No

### Actividad sexual:

- Sexualmente activo:  Sí  No  Actualmente no
- Pareja(s) sexual(es) actual(es):  Hombre  Mujer
- Método anticonceptivo: \_\_\_\_\_  No se necesita ninguno
- ¿Alguna vez ha tenido una enfermedad de transmisión sexual (ETS)?  Sí  No
- ¿Está interesado(a) en someterse a exámenes para la detección de enfermedades de transmisión sexual?  Sí  No

### PRUEBAS ANTERIORES:

	Sí	No	Año en que se realizaron por última vez
Densitometría ósea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Colonoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mamografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Prueba de Papanicolau (mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
PSA (próstata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Prueba de resistencia (corazón)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### MEDICAMENTOS Medicamentos con receta y sin receta, vitaminas, remedios caseros, pastillas anticonceptivas, hierbas

Medicamento	Dosis	Horas Al Día	Medicamento	Dosis	Horas Al Día



# FORMULARIO DE HISTORIAL DEL PACIENTE

## ALERGIAS O REACCIONES A LOS MEDICAMENTOS/ALIMENTOS/OTROS AGENTES

Medicamento	Reacción o Efecto Secundario	Fecha

## HISTORIA FAMILIAR

Marque todo lo que corresponda	Trastornos mentales	Abuso del alcohol	CÁNCER				Diabetes	Enfermedades cardíacas	Presión arterial alta	Colesterol alto	Causa de muerte o enfermedad grave	VACUNAS PARA ADULTOS: Indique si ha recibido alguna de las siguientes vacunas (indique año)	
			Mamas	Colon	Próstata	Pulmón						(Año)	(Año)
Padre												Gardasil	Sí No
Madre												Hepatitis B:	Sí No
Abuelo materno												Influenza (cada año):	Sí No
Abuela materno												Tos ferina:	Sí No
Abuelo paterno												Neumonía	Sí No
Abuela paterno												Herpes zóster:	Sí No
Hermanos												Tétanos:	Sí No
Hermanas													

### Mujeres

Fecha de la última menstruación: \_\_\_\_\_

N.º de embarazos: \_\_\_\_\_ N.º de hijos: \_\_\_\_\_

Pruebas de Papanicolau:  Normal  Anormal Fecha \_\_\_\_\_

Mamografía  Normal  Anormal Fecha \_\_\_\_\_

¿Usted toma alguno de los siguientes productos?

Calcio:  Sí  No  Anteriormente

Vitamina D:  Sí  No  Anteriormente

Estrógeno (Premarin):  Sí  No  Anteriormente

Progesterona (Provera):  Sí  No  Anteriormente

### Bienestar Mental

¿Se ha sentido desanimado, deprimido o desesperado durante el último mes?  Sí  No

¿A menudo ha tenido poco placer en hacer las cosas durante el último mes?  Sí  No

¿Ha tenido dificultades para realizar tareas simples últimamente?  Sí  No

¿Ha tenido problemas para recordar palabras de uso común?  Sí  No

Califique su nivel de estrés general:  Bajo  Medio  Alto

### Hombres

¿Usted tiene alguno de los siguientes problemas?

Levantarse en la noche para orinar  Sí  No

Dificultad para empezar a orinar  Sí  No

Problemas sexuales (lograr o mantener una erección)  Sí  No

¿Ha obtenido algún resultado anormal en la prueba de PSA (próstata)?  Sí  No

### Comentarios:

---



---



---



---



---

Firma del Médico \_\_\_\_\_