

Antecedentes de salud

Información del paciente

Nombre (apellido/s, primer nombre, segundo nombre)

Nombre preferido

Fecha de nacimiento

Alergias

Por favor enumere las alergias que padece:

Medicamentos

Medicamento	Dosis	Frecuencia	¿Cuándo empezó a tomarlo?

Antecedentes médicos

Alergias	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Próstata agrandada	<input type="checkbox"/>	Migrañas	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	Disfunción eréctil	<input type="checkbox"/>	Úlceras estomacales	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	ERGE/reflujo	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>
Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Apnea durante el sueño	<input type="checkbox"/>
Coágulo sanguíneo	<input type="checkbox"/>	Ataque cardiaco	<input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular (embolia)	<input type="checkbox"/>
Transfusión sanguínea	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardiaca	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides/hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	Soplo cardiaco	<input type="checkbox"/>	Fiebre del valle	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>		
Insuficiencia cardiaca congestiva	<input type="checkbox"/>	Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>		
EPOC o enfisema	<input type="checkbox"/>	Alto colesterol	<input type="checkbox"/>		

Otros antecedentes médicos

Antecedentes quirúrgicos

Cirugía	Fecha en que se realizó

Circule aquí si no ha tenido cirugías

Antecedentes familiares

Relación	Estatus	Favor de enumerar las condiciones médicas de los familiares
Madre	Viva / fallecida	
Padre	Vivo / fallecido	
Hermano(s)/hermana(s)	Vivo(s) / fallecido(s)	
Hijos	Vivo(s) / fallecido(s)	
Otro(s):	Vivo(s) / fallecido(s)	

Adoptado Desconozco mis antecedentes familiares

Antecedentes sociales: favor de circular su respuesta

1. ¿Consume alcohol? **SÍ / NO**
De ser así, ¿qué tipo de bebida alcohólica y con qué frecuencia?

2. ¿Consume drogas recreativas? **SÍ / NO / ANTERIORMENTE**
De ser así, ¿qué tipo de drogas?

3. ¿Hace ejercicio? **SÍ / NO**
De ser así, ¿qué tipo de ejercicio y con qué frecuencia?

4. ¿Usted fuma? **SÍ / NO / ANTERIORMENTE**
De ser así, ¿cuánto tiempo ha fumado?

5. ¿Actualmente se encuentra sexualmente activo(a)? **SÍ / NO**
De ser así, ¿qué tipo de anticonceptivo utiliza?

¿Cuántos paquetes fuma al día?

Si fumó anteriormente, ¿por cuánto tiempo?

6. ¿Mastica tabaco? **SÍ / NO / ANTERIORMENTE**

Si fumó anteriormente, ¿cuándo dejó de fumar?

7. ¿Tiene un testamento vital/documento de voluntades anticipadas? **SÍ / NO**

8. ¿Cuenta con un apoderado legal para asuntos médicos? **SÍ / NO**

9. ¿Le han realizado las siguientes pruebas o administrado las siguientes vacunas?			
Vacuna/prueba	Fecha	Vacuna/prueba	Fecha
Influenza (gripe)-vacuna		En el caso de mujeres, mamografía	
Pulmonía (neumonía)-vac		En el caso de mujeres, Papanicolau	
Tétanos-vacuna		Densitometría ósea (DEXA)	
Herpes Zóster-vacuna		Colonoscopia	
Examen dental		Examen de la vista	

10. Por favor enumere a otros doctores o proveedores médicos con quien se atiende:
