

## Historial Medico

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

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

### Por cuáles de las siguientes condiciones médicas está siendo tratado o ha sido tratado?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón                | <input type="checkbox"/> Falta de Aire                    |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los Ojos / Glaucoma     | <input type="checkbox"/> Asma                             |
| <input type="checkbox"/> Presión Alta                         | <input type="checkbox"/> Problemas de los Pulmones / Tos  |
| <input type="checkbox"/> Presión Baja                         | <input type="checkbox"/> Sinusitis                        |
| <input type="checkbox"/> Acidez                               | <input type="checkbox"/> Alergias Temporales              |
| <input type="checkbox"/> Anemia ó problemas de la sangre      | <input type="checkbox"/> Problemas en los Oídos           |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroide                 | <input type="checkbox"/> Cancer _____                     |
| <input type="checkbox"/> Amigdalitis                          | <input type="checkbox"/> Ataques Epilépticos              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                             | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza / Migrañas     |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto                      | <input type="checkbox"/> Depresión / Ansiedad             |
| <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral                     | <input type="checkbox"/> Problemas del Hígado / Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Problemas Neurológicos               | <input type="checkbox"/> Ulceras / Inflamación del Colon  |
| <input type="checkbox"/> Cuidado Psiquiátrico                 |   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los Riñones o la Vegiga |   |
| <input type="checkbox"/> Artritis                             |   |

**Por favor describa cualquier tratamiento médico, actual o pasado, que no se haya mencionado previamente:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Mencione sus cirugías previas:** \_\_\_\_\_

**A que es alérgico (a)?** \_\_\_\_\_

**Que medicamentos está tomando?** \_\_\_\_\_

### **Historial Preventivo y Social:**

Fuma o mastica tabaco? \_\_\_\_\_

Si no lo hace, alguna vez lo ha hecho? \_\_\_\_\_

Cuántas cajetillas al día? \_\_\_\_\_

Bebe alcohol, cerveza o vino? \_\_\_\_\_

Si no lo hace, alguna vez lo ha hecho? \_\_\_\_\_

Cuantos tragos al día? \_\_\_\_\_

Toma café y/o té? \_\_\_\_\_

Cuántas tazas al día? \_\_\_\_\_

Se ejercita diariamente/semanalmente? \_\_\_\_\_

Utiliza el cinturón de seguridad al conducir? \_\_\_\_\_

**Algún miembro de su familia (hijos y padres) ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?**

Anemia o Problemas de la sangre? _____	Quien? _____
Cancer? _____	Quien? _____
Diabetes? _____	Quien? _____
Glaucoma? _____	Quien? _____
Problemas del Corazón? _____	Quien? _____
Presión Alta? _____	Quien? _____
VIH / SIDA? _____	Quien? _____
Enfermedades Mentales / Depresión? _____	Quien? _____
Derrame Cerebral? _____	Quien? _____
Otro? _____	Quien? _____

**MUJERES: Historial Ginecológico**

Cuántas veces ha estado en embarazo? \_\_\_\_\_

Cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_

Si los primeros dos números no son iguales, por favor explique: \_\_\_\_\_

Fecha de su última citología (papanicolao) \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido una citología (papanicolao) anormal? \_\_\_\_\_

Por que razón? \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido una enfermedad de transmisión sexual? \_\_\_\_\_

Que Enfermedad? \_\_\_\_\_

Fecha de su última mamografía \_\_\_\_\_

Cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_

Ha tenido una biopsia del seno? \_\_\_\_\_

Cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_

Cómo le gustaría que le entreguemos sus recetas? Circule 1 o 2

1. Transmitidas a su farmacia

Nombre de la farmacia \_\_\_\_\_

Número Telefónico \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_

2. En papel

**Al firmar, certifico que la información proveída es precisa y está completa**

**Firma del Paciente o del Guardián Legal del Menor** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_