

HISTORIAL DE SALUD

Nombre Completo: _____ Fecha de Nac.: _____ Fecha de Hoy: _____

Alergias (medicamentos, alimentos, ambientales, etc.):

Historial de Salud Personal y Familiar

Marque todas las condiciones que aplican a usted o a familiares directos.

Condicion	Usted	Mama	Papa	Hermana	Hermano	Abuela	Abuelo
Abuso de Alcohol/Drogas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anemia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ansiedad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Artritis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Asma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trastorno Bipolar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cancer (Tipo: _____)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cataratas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bronquitis Cronica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad de Crohn	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Depresion	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diabetes — Tipo 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diabetes — Tipo 2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfisema/EPOC	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Endometriosis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Reflujo Esofagico/ERGE	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas de Audicion	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Infarto	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad Cardiaca	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Presion Arterial Alta	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Colesterol Alto	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sindrome del Intestino Irritable	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad Renal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Leucemia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Migranas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad Neurologica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

HISTORIAL DE SALUD

Condicion	Usted	Mama	Papa	Hermana	Hermano	Abuela	Abuelo
Osteoporosis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ulcera Peptica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Esquizofrenia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Infeccion de Transmision Sexual	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Accidente Cerebrovascular	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad de Tiroides (Hipo/Hiper)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tuberculosis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Colitis Ulcerosa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Otro:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hospitalizaciones y Cirugias

Hospitalizacion / Cirugia	Razon	Ano

Medicamentos Actuales

Incluya medicamentos recetados, de venta libre, vitaminas y suplementos.

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Desde Cuando

HISTORIAL DE SALUD

Exámenes de Salud

Examen / Tratamiento de Salud	Fecha del Ultimo
Examen Fisico de Rutina	
Examen de la Vista de Rutina	
Prueba de Sangre Oculta en Heces	
Electrocardiograma (EKG)	
Prueba de Esfuerzo Cardiaco	
Sigmoidoscopia	
Colonoscopia	
Densitometria Osea	
Inyeccion de Tetanos	
Inyeccion contra Neumonia	
Prueba de Tuberculina	
Mamografia	
Papanicolaou	

Habitos y Estilo de Vida

Usa alguna forma de tabaco?	☐ Si	☐ No
Si usa, tipo y cantidad: _____		
Consume bebidas alcoholicas?	☐ Si	☐ No
Si consume, tipo y cantidad: _____		
Usa drogas recreativas o tiene historial de abuso de sustancias?	☐ Si	☐ No
Si usa, detalles: _____		
Es sexualmente activo/a?	☐ Si	☐ No
Hace ejercicio regularmente?	☐ Si	☐ No
Si hace, tipo y frecuencia: _____		
Sigue alguna dieta especial?	☐ Si	☐ No
Si sigue, describa: _____		

HISTORIAL DE SALUD

Solo para Pacientes Femeninas

Edad de Primera Menstruacion: _____ Menstruacion Regular? ☐ Si ☐ No

Ultima Menstruacion: _____

Ultima Mamografia: _____ Ultimo Papanicolaou: _____ OB/GIN: _____

de Embarazos: _____ Nacimientos Vivos: _____ Metodo Anticonceptivo: _____

Esta actualmente embarazada o cree que podria estarlo? ☐ Si ☐ No

Certifico que la informacion anterior es correcta y verdadera a mi mejor saber y entender. No responsabilizare a mi proveedor ni a ningun miembro de su personal por errores u omisiones que yo haya cometido al completar este formulario.

Firma del Paciente

Fecha