

HISTORIA DE SALUD DEL ADULTO

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ FECHA _____

Hombre ___ Mujer ___ Nivel de Educación _____

1. Queja: _____

2. ¿Tiene alergia a algún medicamento? ¿O a otras cosas? (Abejas, látex, etc.) Si ___ No ___

Por favor nombre los: _____

3. Por favor liste todos los medicamentos que esta tomando ahora (Incluyendo píldoras anticonceptivas, laxativos, aspirina, etc...)

4. Prueba de la Tuberculosis: Fecha _____ Resultados: Positivo _____ Negativo _____

5. Por favor díganos la fecha de su último Papanicolaou (PAP) _____ CBE _____ Mamografía _____

Resultados y Donde fueron hechos (si se conoce) _____

6. A que edad tuvo su primera menstruación? _____ LNMP: _____ ¿Podría estar embarazada? Si ___ No ___

¿Esta dando pecho? Si ___ No ___

Algún problema que tenga con su ciclo menstrual _____

¿Que esta usando como método anticonceptivo? _____

¿Le gustaría mas información? Si ___ No ___

7. ¿Tiene algún problema de vista? Si ___ No ___ ¿Usa lentes de contacto? Si ___ No ___

8. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez por enfermedad o cirugía? Si ___ No ___ Si si, ¿por que? _____

¿Donde y Cuando? _____

9. ¿Ha revisado alguna vez sus niveles de colesterol? Si ___ No ___ Por favor anote los resultados si lo sabe _____

10. ¿Ha tenido jamás usted una prueba de VIH? Si ___ No ___ Si contestó sí, cuándo fue la última?

¿Fue: ___ Positiva ___ Negativa?

11. ¿Ha tenido una transfusión o contacto con sangre? Si ___ No ___

Estas preguntas son personales. Si usted prefiere, puede hablar con su doctor/doctora sobre ellas.

1. ¿Cuántos vasos de alcohol toma por semana? _____ Ninguno
2. Si ___ No ___ ¿Fuma cigarrillos? Si contestó sí, ¿Número de cigarrillos por día? _____
3. Si ___ No ___ ¿Usa drogas ilegales? Si contestó sí, lístelas aquí: _____
4. Si ___ No ___ ¿Ha usado drogas inyectadas?
5. Si ___ No ___ ¿Ha compartido agujas?
6. Si ___ No ___ ¿Le han dicho que tiene un problema con alcohol o drogas?
7. Ha tenido una pareja con historia de: Uso de drogas inyectadas Bisexualidad SIDA/VIH

	Yo	Madre	Padre	Hermanos	Hijos	Otro	Comentarios
Diabetes							
Presión arterial alta/ Presión arterial baja							
Embolia cerebral							
Cáncer (De que tipo y quien)							
Hipotiroidismo o Hipertiroidismo							
Fiebre Reumática, soplo en el corazón, ataque al corazón, Válvula del corazón dañada o sustituida, Válvula mitral u otra condición del corazón, marcapasos.							
Ataques/Epilepsia, periodos de desvanecimiento							
Colesterol alto							
Anemia drepanocítica							
Desórdenes alimenticios							
Problemas del riñón/vejiga							
Convulsiones o epilepsia							
Pensamientos suicidas							
Problemas psiquiátricos							
Fibroma							
Expuesta a DES							
Tuberculosis (+) PPD							
Alcoholismo, problemas con la bebida, Uso de drogas							
Asma/Fiebre del Heno/Neumonía, SOB, otra enfermedad del pulmón							
Salud Mental (Depresión, Ansiedad, etc.)							
Hepatitis (de que tipo), enfermedad del hígado, ictericia.							
Migrañas, dolores de cabeza							
Problemas hemorrágicos							
Dolor abdominal/Ulceras/Perdida de peso persistente o diarrea							
Problemas inmunológicos, infecciones frecuentes							
Defectos de nacimiento							
Artritis, Miembros artificiales o articulaciones (cuales)							
Infecciones vaginales (candidiasis, bacterias, etc.)							
Endometriosis							
Infertilidad							
Quistes en los ovarios							
Infección urinaria, o enfermedad del riñón							

No conozco mi historia médica familiar

Firma del paciente

Fecha