



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

Gracias por elegir al Centro de Medicina Familiar de Baylor Scott & White en Murphy. Agradecemos su ayuda al completar este cuestionario, ya que nos ayudará a atenderle mejor.

¿Fue referido por algún otro médico? Si marcó sí, ¿quién lo refirió?

¿Cuál es el motivo de su consulta el día de hoy?:

Alergias:

Enumere todos los medicamentos y alimentos que le produzcan alguna reacción adversa

No tengo alergias

	Alergia	Reacción alérgica
1.		
2.		

Medicamentos:

Enumere todos los medicamentos que tome y la dosis administrada. Favor de incluir medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas, hierbas medicinales y suplementos No uso medicamentos

	Medicamentos	Dosis	Recarga necesaria (S/N)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Nombre de su farmacia: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Farmacia de pedido por correo: _____

Antecedentes Médicos: Indique si usted tiene o ha tenido alguna de estas condiciones:

No tengo ni he tenido problemas médicos

	Papanicolaou anormal
	Anemia
	Ansiedad
	Asma
	Fibrilación auricular
	Cáncer de mama
	Cáncer de cuello uterino
	Varicela
	Dolor de espalda crónico
	Cáncer de colon
	Trombosis venosa profunda

	Depresión
	Reflujo
	Diabetes gestacional
	Sangrado GI
	Gota
	Hepatitis A
	Hepatitis B
	Hepatitis C
	Hipertensión
	Hipertiroidismo

	Hipotiroidismo
	Cálculos renales
	Ataque al corazón
	Insuficiencia renal
	Enfermedad del riñón
	Convulsiones
	Cáncer de la piel
	Ataque cerebro
	Abuso de sustancias
	Úlceras

Información adicional:

Antecedentes Quirúrgicos: Indique alguna cirugía que haya tenido:

No he tenido cirugías

	Aneurisma abdominal
	Apendectomía
	Cirugía de la espalda
	Cirugía bariátrica
	Cirugía cerebral
	Biopsia de mama D / I

	Aneurisma cerebral
	Extracción de la vesícula biliar
	Cirugía de colon
	Trasplante de corazón
	Cirugía de cadera D / I
	Histerectomía

	Trasplante de hígado
	Trasplante de pulmón
	Mastectomía (extirpación de senos) D / I
	Cirugía de cuello
	Sección C anterior
	Cirugía de hombro D / I

Antecedentes Sociales:

¿Bebe alcohol?: Sí No

Cantidad de bebidas por semana: ____ copas de vino ____ latas de cerveza ____ tragos de licor

¿Es sexualmente activo(a)?: Sí No actualmente Nunca

Tipo de anticonceptivo: _____

Compañeros: Mujer Hombre Ambos

¿Consume drogas?: Sí No En el pasado

Tipo de drogas: _____

¿Consume tabaco?: Sí No

¿Qué producto de tabaco utiliza?:

Cigarrillos Pipa Cigarros Cigarrillos electrónicos Rape Mascada

Año en que empezó a fumar _____ Paquetes / día _____ Fecha en que dejó de fumar _____

Ocupación: _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Cantidad de hijos _____

Nivel de educación _____

¿Con quien vive? _____

Historial Pertenciente a la Obstetricia y Ginecología:

¿Cuándo fue su último periodo menstrual?:

Duración de sus periodos: _____ Intervalo entre periodos: _____

¿Son intensos sus periodos?: Sí No

Número de embarazos: _____ Número de abortos involuntarios: _____ Número de abortos voluntarios: _____

Inmunizaciones: Favor de ingresar las fechas de la aplicación más reciente de las siguientes:

Tétanos/TdaP/Td: _____ Vacunación contra el papiloma humano (HPV)/Gardasil: _____

Pevnar: _____ Pneumovax: _____

Vacunación contra Zostavax / culebrilla: _____ Vacunación contra la influenza _____

Cuidados Preventivos: Favor de indicar las fechas de sus pruebas más recientes.

	Fecha	Resultados
Colonoscopia		
Sigmoidoscopia		
Hemocultivo / Prueba de sangre en el taburete		
Prueba de osteoporosis /DEXA		
<i>Sólo para mujeres</i>		
Prueba de Papanicolaou		
Mamograma		
Exámen de senos		
<i>Sólo para hombres</i>		
Último examen de próstata		
PSA		