



**Baylor Scott & White**

**PRIMARY CARE ASSOCIATES**

**GREENVILLE**

*A member of Health Trust Provider Network*

# Historial Médico de Adultos

MRN \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

¿Está viendo a un especialista actualmente? Si es así, quien? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Medicamentos a los que es alérgico y tipo de reacción? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cirugías que ha tenido en el pasado y fechas (por favor marque todo lo que corresponda)

Apendectomía	Cirugía de la espalda	Cirugía de cuello
Aneurisma abdominal	Biopsia de Pecho (D/I)	Cirugía de hombro
Cesárea	Cateterización cardiaca	Cirugía de los senos nasales
Catarata	Cirugía de rodilla	Ligadura de trompas
Amigdalectomía	Cirugía de cadera	Reemplazo de válvula
Histerectomía	Trasplante de hígado	Cirugía cerebral
Cirugía de corazón	Trasplante de pulmón	Tunel carpal (D/I)
Hernia	Mastectomía (D/I)	Otro

Número de embarazos \_\_\_\_\_ Nacimientos en vivo \_\_\_\_\_ Abortos espontáneos \_\_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_\_

El último periodo menstrual: \_\_\_\_\_ Intervalo entre períodos: \_\_\_\_\_

LISTA DE MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pharmacia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Pedido por correo: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Indique la fecha y ubicación de su ultimo:**

Papanicolaou \_\_\_\_\_  
Mamografía \_\_\_\_\_  
Densidad de hueso \_\_\_\_\_  
Colonoscopia \_\_\_\_\_  
Examen físico \_\_\_\_\_

Vacuna contra la neumonía \_\_\_\_\_  
Vacuna contra la gripe \_\_\_\_\_  
Vacuna contra el tétanos \_\_\_\_\_  
Vacuna COVID-19 \_\_\_\_\_  
Examen de próstata \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA PASADA: (por favor marque todo lo que corresponda)**

Papanicolaou anormal	Cáncer de cuello uterino	Hipotiroidismo
Anemia	Cáncer de colon	Cálculos renales
Ansiedad	Depresión	Infarto de miocardio
Asma	Reflujo ácido	Nefropatía
Fibrilación auricular	Sangrado gastrointestinal	Convulsiones
Cáncer de pecho	Hepatitis	Accidente cerebrovascular
Cáncer de piel	Alta presión	Otro

**OCUPACIÓN / EMPLEO:**

\_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL:**

Estado civil: Casado \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Divorciad \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_

Bebe alcohol: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, número de bebidas / semana:

vasos de vino \_\_\_\_\_ Latas de cerveza \_\_\_\_\_ tragos de licor \_\_\_\_\_

Sexualmente activo:

No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Actualmente no \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_

Pareja: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Tipo de control de la natalidad: \_\_\_\_\_

Fuma: No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Año de inicio \_\_\_\_\_ Cajas / día \_\_\_\_\_ Fecha en que paro \_\_\_\_\_

Consumo de tabaco: No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Si es así, qué tipo: Cigarrillos \_\_\_\_\_ Cigarrillos electrónicos \_\_\_\_\_ Rapé \_\_\_\_\_ Mascar \_\_\_\_\_ Pipa \_\_\_\_\_

Uso de drogas: No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Tipo de drogas: \_\_\_\_\_

