



Historial médico de adultos

Nombre: _____ Fecha de hoy ____/____/____
(Apellido(s)) (1^{er} nombre) (2^o nombre)

Fecha de nac.: ____ / ____ / ____ Edad: ____ Médico remitente: _____

Médico de cabecera: _____
(Nombre) (Teléfono)

Motivo de su visita:

FARMACIA PREFERIDA:

NOMBRE DE LA FARMACIA	DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE LA FARMACIA
LOCAL	
DE VENTA POR CORREO	

CONDICIONES MÉDICAS: Ponga una X junto a todo lo que le corresponda

Artritis	Hepatitis	Enfermedad de la piel
Asma	Enfermedad del corazón	Enfermedad de la tiroides
Anemia / Trastorno de la sangre	Alta presión arterial	Incontinencia urinaria
Diabetes	Problemas de los riñones	Otro:
Reflujo gástrico	Migrañas	

HISTORIAL DE CIRUGÍAS: (ej, cesárea, legrado, cirugía pélvica, apendicectomía, extirpación de la vesícula biliar, etc.)

TIPO DE CIRUGÍA:	FECHA DE LA CIRUGÍA: ¿ALGUNA COMPLICACIÓN?

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR: ¿Alguno de sus parientes cercanos ha padecido lo siguiente?

	Condición	Relación	Materna/ Paterna	Diag Edad		Condición	Relación	Materna/ Paterna	Diag Edad
	Trastorno hemorrágico					Alta presión arterial			
	Cáncer de mama					Diabetes			
	Cáncer de ovario					Ataque cerebral			
	Cáncer de útero					Other:			

SI NECESITA MÁS ESPACIO, UTILICE LA PARTE DE ATRÁS.

NOMBRE _____ FECHA DE NAC.: _____ / _____ / _____

HISTORIAL SOCIAL

EMPLEADOR/PUESTO:			
ESTADO CIVIL: (encierre en círculo): Soltero(a) / Casado(a) / Divorciado(a) / Separado(a) / Viudo(a)			
EJERCICIO: _____ VECES POR SEMANA ACTIVIDAD:			
HISTORIAL SEXUAL: (encierre en circulo) Satisfactorio / Incomodo / Deseo conversar sobre esto			
CONSUMO DE CAFEINA:	SÍ / NO	TIPO	FRECUENCIA
CONSUMO DE ALCOHOL:	SÍ / NO	TIPO	FRECUENCIA
CONSUMO DE DROGAS ILEGALES:	SÍ / NO	TIPO	FRECUENCIA
USO DE TABACO ¿FUMA?	SÍ / NO	¿HA FUMADO EN EL PASADO?	SÍ / NO SI HA FUMADO EN EL PASADO, CONTESTE LO SIGUIENTE: ¿En qué año dejó de fumar? ¿Por cuántos años fumó? ¿Cuántos paquetes fumó por día?
DE SER ASÍ, CONTEST LO SIGUIENTE: ¿Cuantos paquetes fuma por día? ¿Por cuántos años ha fumado? ¿Cuántos paquetes fumó por día?			

ALERGIAS:

NOMBRE DE LOS MEDICAMENTOS / LATEX	TIPO DE REACCION AL MEDICAMENTO

MEDICAMENTOS ACTUALES

(INCLUYE LOS MEDICAMENTOS SIN RECETA/VITAMINAS/SUPLEMENTOS HERBALES):

NOMBRE DEL MEDICAMENTO:	DOSIS (POR EJ. 10 MG)	CON QUÉ FRECUENCIA: (Por ej. Una vez por día)

MANTENIMIENTO DE LA SALUD / EXÁMENES DE DETECCIÓN:

	Fecha del último examen:		Fecha del último examen:		Fecha de la última vacuna:		Fecha de la última vacuna
COLONOSCOPÍA		MAMOGRAFÍA		GARDASIL		TÉTANO	
PAPANICOLAOU		DENSIDAD OSEA		VACUNA CONTRA LA GRIPE			

FAVOR DE NOTAR QUE TODA INFORMACIÓN DE LA SALUD ES CONFIDENCIAL. NO DIVULGAREMOS NINGUNA INFORMACIÓN SIN SU CONSENTIMIENTO FIRMADO. LA INFORMACIÓN PUEDE SER REVELADA A CONSULTORES MÉDICOS EN CASO DE QUE USTED SEA REMITIDO

NOMBRE _____ FECHA DE NAC.: _____ / _____ / _____

HISTORIAL OBSTÉTRICO:

TOTAL DE EMBARAZOS: _____ A TÉRMINO: _____ PREMATUROS: _____ MULTIPLES: _____
 Nº. de ABORTOS INDUCIDOS: _____ ABORTOS ESPONTÁNEOS: _____ ECTÓPICOS: _____

	Año del parto	Semanas de embarazo	Horas de trabajo de parto	Peso	Sexo	Tipo de parto	Hospital	Complicaciones
1								
2								
3								
4								
5								
6								

HISTORIAL GINECOLÓGICO:

EDAD DEL PRIMER PERÍODO: _____	FECHA DE LA ÚLTIMA PRUEBA PAPANICOLAOU: _____								
CICLOS REGULARES: SÍ / NO	¿ALGUNA VEZ HA TENIDO UNA PAPANICOLAOU ANORMAL: SÍ / NO								
DURACIÓN DE PERÍODO (from start to start): _____	¿De ser así cuándo? _____								
DURACIÓN DEL FLUJO (Nº de días): _____	Tratamientos:								
FLUJO (ligero / med / abundante): _____	¿ES SEXUALMENTE ACTIVA?: SÍ / NO								
CÓLICOS:Ninguno/Leves/Moderados/Severos	ORIENTACIÓN SEXUAL ORIENTATION: Heterosexual / Homosexual / Bisexual / Transexual								
MEDICAMENTO PARA LOS CÓLICOS: _____	MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: _____								
1er DÍA DEL ÚLTIMO PERÍODO: _____	¿POR CUÁNTO TIEMPO HA USADO ESTE MÉTODO? _____								
INFECCIONES PÉLVICAS: Ha sido diagnosticada y/o tratada por _____	¿CUÁLES OTROS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HA USADO?								
<table border="1"> <tr> <td>Hongos</td> <td>Trichimonas</td> </tr> <tr> <td>Herpes</td> <td>Sífilis</td> </tr> <tr> <td>Clamidia</td> <td>Enfermedad inflamatoria pélvica</td> </tr> <tr> <td>Gonorrea</td> <td>VIH</td> </tr> </table>	Hongos	Trichimonas	Herpes	Sífilis	Clamidia	Enfermedad inflamatoria pélvica	Gonorrea	VIH	
Hongos	Trichimonas								
Herpes	Sífilis								
Clamidia	Enfermedad inflamatoria pélvica								
Gonorrea	VIH								

REVIEW OF SYSTEMS Encierre en un círculo los síntomas que está

experimentando ACTUALMENTE:

CONSTITUCIONAL Pérdida de peso Aumento de peso Fiebre Fatiga	CARDIOVASCULAR Dolor de pecho Hinchazón Palpitaciones	PIEL Secreción del mama Nódulo del mama Caída de pelo Erupción Lesión en la piel	NEUROLÓGICO Mareos Entumecimiento Problemas para caminar Dolor de cabeza Convulsiones
CABEZA, OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA Dolor o secreción del oído Dolor o secreción de los ojos Pérdida de audición Drenaje nasal Presión en las sinus Dolor de garganta Cambios en la visión Zumbidos en los oídos	GASTROINTESTINAL Dolor abdominal Sangre en las heces Estreñimiento Diarrea Acidez Nauseas Vómitos	MUSCULOESQUELETAL Dolor de la cintura Dolor en las articulaciones Hinchazón en las articulaciones Debilidad muscular Dolor del cuello	Hematológico/Inmunológico Sangrado fácil Fácil aparición de moretones Ganglios linfáticos inflamados Alergias ambientales/estacionales Alergias alimentarias
RESPIRATORIO Tos crónica Tos Dificultad para respirar Silbancias	GENITOURINARIO Dolor al orinar Sangre en la orina Frecuencia urinaria Incontinencia Vaciado incompleto	REPRODUCTIVO Menstruación dolorosa Relaciones sexuales dolorosas Período irregulares Secreción vaginal	OTROS SÍNTOMAS: _____