

Historial de salud de paciente nuevo – Adulto

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Preocupaciones médicas actuales (de qué le gustaría hablar hoy):

Por favor, indique cualquier alergia que tenga a medicamentos:

Por favor, enumere cualquier medicamento que esté tomando actualmente, incluidos los medicamentos de venta libre, los suplementos o Vitaminas:

¿Ha recibido alguna vacuna fuera de Oregón? En caso afirmativo, ¿dónde? _____

MUJERES: ¿Existe la posibilidad de que esté embarazada? Sí No

¿Has estado embarazada antes? Sí No (¿Cuántas veces?) _____

¿Ha acudido al hospital varias veces por el mismo problema en los últimos 2 años?

Sí No En caso afirmativo, por favor explique:

¿Ha tenido alguna cirugía? Sí No En caso afirmativo, por favor enumérelas (incluya el año si es posible):

¿Ha tenido cualquier otra lesión seria? Sí No En caso afirmativo, por favor enumérelas (incluya el año si es posible):

¿Le han realizado alguna de estas pruebas? Si la respuesta es Sí, indique cuándo:

Colonoscopia: Sí No Año _____

Prueba de densidad ósea: Sí No Año _____

Prueba de Papanicolaou: Sí No Año _____

Mamografía: Sí No Año _____

Continúa en la página siguiente –

Por favor, enumere las afecciones médicas que padecen los miembros de su familia:

Por favor, enumere sus afecciones médicas:

¿Fuma o alguna vez ha fumado tabaco? Sí No

¿Cuántos años ha fumado tabaco? ____

¿Consume o ha consumido otras formas de tabaco, como tabaco para mascar? Sí No

¿Consume cigarrillos electrónicos (vape)? Sí No