

Historial médico del paciente nuevo - Adulto

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____

Preocupaciones médicas actuales (de lo que le gustaría hablar hoy):

1. (más importante) _____

2. _____

Indique si es alérgico a algún medicamento:

Nombre del medicamento y reacción

Indique todos los medicamentos que toma actualmente, incluidos los medicamentos de venta sin receta, los suplementos herbolarios o las vitaminas (escriba en el reverso de la página si necesita más espacio):

Nombre del medicamento, dosis e instrucciones (frecuencia con la que lo toma)

¿Ha recibido las siguientes inmunizaciones (vacunas)? En caso afirmativo, indique el año aprox. en que las recibió:

Vacuna antigripal: Sí No Año _____ Tétanos/Difteria: Sí No Año _____ Hepatitis A: Sí No Año _____

Herpes zóster: Sí No Año _____ Vacuna contra neumonía: Sí No Año _____

Hepatitis B: Sí No Año _____ MMR: Sí No Año _____ Polio: Sí No Año _____

Otros: Sí No Año _____

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

¿Ha estado embarazada anteriormente? Sí No (¿Cuántas veces?) _____

¿Cuándo fue su último periodo menstrual? _____

¿Se ha sometido alguna vez a una intervención quirúrgica? Sí No En caso afirmativo, enumérelas (incluya el año si es posible):

¿Alguna hospitalización? Sí No En caso afirmativo, enumérelas (incluya el año si es posible):

Ha tenido alguna otra lesión grave? Sí No En caso afirmativo, enumérelas (incluya el año si es posible):

¿Se ha sometido a alguna de estas PRUEBAS? En caso afirmativo, indique cuándo:

Colonoscopia Sí No Año _____ Prueba de densidad ósea Sí No Año _____

Prueba de Papanicolaou Sí No Año _____ Mamografía Sí No Año _____

Prueba cardíaca/ prueba de esfuerzo Sí No Año _____

¿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

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

¿Eres adoptado/a? Sí No (Si la respuesta es NO, llena la siguiente sección) P=Paterno M=Materno

	Madre	Padre	Abuela	Abuelo	Hermana	Hermano	Tío	Tía
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)								
Enfermedad de Alzheimer								
Alcoholismo								
Aneurisma								
Ansiedad								
Artritis								
Asma								
Trastorno bipolar								
Trastornos sanguíneos								
Cáncer								
Depresión								
Trastorno del desarrollo								
Diabetes								
Enfisema/ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)								
Infarto de miocardio								
Trastorno hereditario								
Colesterol alto								
Hipertensión arterial								
Enfermedad renal								
Enfermedades hepáticas								
Migrañas								
Osteoporosis								
Esquizofrenia								
Convulsiones/Epilepsia								
Cáncer de piel								
Ictus								
Abuso de sustancias								
Muerte súbita cardíaca								
Trastorno tiroideo								

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

TDAH o TDA	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Endometriosis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Alcoholismo/Abuso de sustancias	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fibromialgia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Alergias/Fiebre del heno	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Gota	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Anemia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas ginecológicos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Complicaciones de la anestesia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	VIH	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastorno de ansiedad o ansiedad recurrente	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Artritis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Hepatitis C	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Asma	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Presión arterial alta/Hipertensión	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastorno del espectro autista	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Colesterol alto	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Bipolar o esquizofrenia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cálculos renales	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Defectos congénitos o enfermedades hereditarias	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas de riñón o vejiga	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Transfusión sanguínea	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Enfermedades hepáticas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cáncer	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Migrañas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Varicela	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas musculares, articulares u óseos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas de coagulación/sangrado excesivo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Osteoporosis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Depresión	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Reflujo/GERD	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastornos del desarrollo del comportamiento	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Convulsiones/Epilepsia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diabetes o prediabetes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas cutáneos (erupciones/lunares cambiantes)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diverticulitis/Diverticulosis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Úlceras de estómago o problemas para tragar	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Violencia doméstica	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular o AIT	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Infecciones crónicas de oído	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas de oído o audición	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tuberculosis o prueba TB positiva	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastornos alimentarios como anorexia o bulimia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas de visión u oculares	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Eczema	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Otros:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfisema/EPOC/Bronquitis crónica	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			