



Historia del paciente

NOMBRE: _____

fecha de nacimiento: _____

SEXO: L/V

DIRECCIÓN:

TELÉFONO: Casa:

_____ Celular: _____ Trabajo: _____

FARMACIA: _____

Dirección de correo

electrónico: _____

HISTORIA SOCIAL: *(por favor circule)* Estado Civil: S/ M/D/W

Carrera: Caucasion/Negro/Hispano/Aslan/Más de 1 raza **Etnicidad:** Hispano/No hispano

Drogas ilegales: Y/N **homosexuales:** Y/N **Alcohol** uso: S/N En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas por semana? **consumo de tabaco:** Cigarettes___S/N por mes? cuantos paquetes por día **tabaco sin humo** S/N ¿Durante cuántos años?, Exfumador: Número de años que dejó de fumar (¿cuántos paquetes por día_durante cuántos años?

Enumere todos los problemas médicos actuales:

Enumere todos los problemas médicos pasados:

LISTA TODAS LAS ALERGIAS A LOS MEDICAMENTOS: *(Incluye tinte para rayos X, etc.)*

Enumere todos los medicamentos actuales*(incluida la dosis, cualquier medicamento de venta libre y vitaminas/suplementos a base de hierbas)*

HISTORIA FAMILIAR: *Por favor marque si un pariente consanguíneo ha tenido alguno de los siguientes.*

Ataques cardíacos/enfermedad cardíaca___ Cáncer___ Enfermedad mental___ Accidente cerebrovascular ___ Alergias___ Problemas de sangrado___ Presión arterial alta___ Cálculos renales___ Alcoholismo___
Diabetes___ Tuberculosis___ Asma___ Pólipos de colon___ SIDA/VIH___ Otro___

Relativo	Edad	Viviendo	Fallecido	Causa de muerte	Enfermedad
Padre					
Madre					
Hermano(s)					
Hermana(s)					
Niños					

LISTA TODAS LAS CIRUGÍAS ANTERIORES:*(listar procedimiento con fecha)*

MANTENIMIENTO DE SALUD: ¿Se ha sometido a alguna de las siguientes pruebas en el pasado?

mamografía (si es mujer) S /N Fecha:

Colonoscopia Y/ N Date:

Frotis Papanicolaour (Ilf mujer) S/N Fecha:

Vacuna contra la neumonía Y/N

Date:

Prueba de densidad ósea Y/N Date:

Detección cardiaca en cinta rodante Y /N

Date:

PSA/examen de próstata (si es hombre) S/ N Fecha:

Detección de colesterol Y/N Date: