



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*

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

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:			

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 círculo) 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 DE SER ASÍ, CONTESTE LO SIGUIENTE: ¿Cuántos paquetes fuma por día? ¿Por cuántos años ha fumado?		¿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?	

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
COLONOSCOPIÍA		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: _____ CICLOS REGULARES: SÍ / NO DURACIÓN DE PERÍODO (from start to start): _____ DURACIÓN DEL FLUJO (Nº de días): _____ FLUJO (ligero / med / abundante): _____ CÓLICOS: Ninguno/Leves/Moderados/Severos MEDICAMENTO PARA LOS CÓLICOS: _____ 1er DÍA DEL ÚLTIMO PERÍODO: _____ INFECCIONES PÉLVICAS: Ha sido diagnosticada y/o tratada por	FECHA DE LA ÚLTIMA PRUEBA PAPANICOLAOU: _____ ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO UNA PAPANICOLAOU ANORMAL: SÍ / NO ¿De ser así cuándo? _____ Tratamientos: _____ ¿ES SEXUALMENTE ACTIVA?: SÍ / NO ORIENTACIÓN SEXUAL ORIENTATION: Heterosexual / Homosexual / Bisexual / Transexual MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: _____ ¿POR CUÁNTO TIEMPO HA USADO ESTE MÉTODO? _____ ¿CUÁLES OTROS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HA USADO? _____
--	--

Hongos	Trichomonas
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 ENDOCRINAL Intolerancia al frío Intolerancia al calor Sed anormal Hambre anormal	Hematológico/Inmunológico Sangrado fácil Fácil aparición de moretones Ganglios linfáticos inflamados Alergias ambientales/estacionales Alergias alimentarias SIQUIÁTRICO Ansiedad Depresión Insomnia
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: