



Nombre: _____

Fecha de nac.: _____

Fecha: _____

MRN#: _____

Gracias por elegir Baylor Scott & White Residency - Dallas. Agradecemos su ayuda al rellenar este formulario, ya que nos ayudará a brindarle una mejor atención.

¿Le remitió otro médico? Si es así, ¿quién? _____

La(s) razón(es) por su visita hoy _____

Alergias - Indique a continuación cualquier reacción significativa a alimentos o medicamentos

| Soy alérgico a | Soy alérgico a |
|----------------|----------------|
| | |
| | |

Medicamentos - Indique todos los medicamento que toma, con o sin receta médica junto con las dosis

| Medicamento | Dosis | ¿Necesita resurtirlo (S/N)? |
|-------------|-------|-----------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Farmacia – Indique los datos de su farmacia local y de venta por correo

| | Nombre y dirección | Nº de teléfono |
|------------------|--------------------|----------------|
| Local | | |
| Venta por Correo | | |

Su equipo de atención – Enumere los nombres y especialidades de todos los proveedores que consulta actualmente

| Nombre y especialidad del proveedor | Nº de teléfono |
|-------------------------------------|----------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Historial médico – Marque todo lo que corresponda

Problemas no médicos

| | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Papanicolau anormal |
| <input type="checkbox"/> | Anemia |
| <input type="checkbox"/> | Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> | Asma |
| <input type="checkbox"/> | Fibrilación auricular |
| <input type="checkbox"/> | Cáncer de mama |
| <input type="checkbox"/> | Cáncer cervical |
| <input type="checkbox"/> | Varicela |
| <input type="checkbox"/> | Dolor de espalda crónico |
| <input type="checkbox"/> | Cáncer del colon |
| <input type="checkbox"/> | Trombosis venosa profunda |

| | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Depresión |
| <input type="checkbox"/> | ERGE/Reflujo |
| <input type="checkbox"/> | Diabetes gestacional |
| <input type="checkbox"/> | Sangrado gastrointestinal |
| <input type="checkbox"/> | Gota |
| <input type="checkbox"/> | Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> | Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> | Hepatitis C |
| <input type="checkbox"/> | Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> | Hipertiroidismo |

| | |
|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Hipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> | Calco renal |
| <input type="checkbox"/> | Ataque cardíaco |
| <input type="checkbox"/> | Insuficiencia renal |
| <input type="checkbox"/> | Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> | Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> | Cáncer de la piel |
| <input type="checkbox"/> | Ataque cerebral |
| <input type="checkbox"/> | Abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> | Úlceras |

Antecedentes adicionales que considere valioso que yo conozca: _____

Cirugías anteriores – Marque todo lo que corresponda

Problema no médico

| | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Aneurisma abdominal |
| <input type="checkbox"/> | Apendicectomía |
| <input type="checkbox"/> | Cirugía de Espalda |
| <input type="checkbox"/> | Cirugía Bariátrica |
| <input type="checkbox"/> | Neurocirugía |
| <input type="checkbox"/> | Biopsia de mama Iz/Der |
| <input type="checkbox"/> | Aumento de senos |
| <input type="checkbox"/> | Cirugía de mama Iz/Der |
| <input type="checkbox"/> | CABG – Bypass cardíaco |
| <input type="checkbox"/> | Cateterismo cardíaco |
| <input type="checkbox"/> | Endarectomía carotídea |
| <input type="checkbox"/> | Cirugía del túnel carpiano Iz/Der |

| | |
|--------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Cirugía de Cataratas Iz/Der |
| <input type="checkbox"/> | Aneurisma cerebral |
| <input type="checkbox"/> | Extirpación de la vesícula biliar |
| <input type="checkbox"/> | Cirugía de colon |
| <input type="checkbox"/> | Trasplante de corazón |
| <input type="checkbox"/> | Cirugía de cadera I/D/Ambos |
| <input type="checkbox"/> | Histerectomía |
| <input type="checkbox"/> | Histerectomía con extirpación de ovarios |
| <input type="checkbox"/> | Extirpación de riñón Iz/Der |
| <input type="checkbox"/> | Extirpación de riñón Iz/Der |
| <input type="checkbox"/> | Trasplante renal |
| <input type="checkbox"/> | Artroscopia de rodilla |
| <input type="checkbox"/> | Cirugía de rodilla Iz/Der |

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Trasplante de hígado |
| <input type="checkbox"/> | Trasplante de pulmón |
| <input type="checkbox"/> | Mastectomía I/D/Ambos |
| <input type="checkbox"/> | Cirugía de cuello |
| <input type="checkbox"/> | Cesárea previa |
| <input type="checkbox"/> | Cirugía de hombro Iz/Der |
| <input type="checkbox"/> | Cirugía de seno |
| <input type="checkbox"/> | Amigdalectomía |
| <input type="checkbox"/> | Ligadura de trompas |
| <input type="checkbox"/> | Reemplazo de válvula |
| <input type="checkbox"/> | Otro |

Historial familiar – Marque todo lo que corresponda

| | Ninguno | Abuso de alcohol | Alzheimer' s | Asma | Autoimmune | Cáncer de mama | Cáncer | Cáncer del colon | COPD/Bronchitis | Depresión | Diabetes | Enfermedad cardiaca | Hiperlipidemia | Hipertensión | Cáncer de pulmón | Melanoma | Osteoporosis | Cáncer de ovario | Cáncer del próstata | Convulsiones | Ataque cerebral | Enfermedad de la tiroides | |
|----------|---------|------------------|--------------|------|------------|----------------|--------|------------------|-----------------|-----------|----------|---------------------|----------------|--------------|------------------|----------|--------------|------------------|---------------------|--------------|-----------------|---------------------------|--|
| Madre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Padre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hermana | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hermano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hija | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hijo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Abuela M | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Abuelo M | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Abuela P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Abuelo P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otro: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Historial social

Uso de alcohol: Sí No

Número de bebidas/semana: _____ Copas de vino _____ Latas de _____ Tragos de licuor
cerveza

Sexualmente activo: Sí No actualmente Jamás

Tipo de anticonceptivo: _____ Parejas: Femenina Masculina Ambas

Uso de drogas: Sí No Anteriormente Tipo de droga: _____

Uso de tabaco: Sí No
Si es así, qué tipo: Cigarrillos Pipa Puros Cigarrillo electrónico Rapé Tabaco de mascar

En qué año comenzó: _____ Paquetes/Día: _____ Fecha cuando dejó de fumar: _____

Trabajo:

Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Número de hijos: _____

Años de estudios: _____

¿Con quién vive? _____

Historial gineco-obstétrico

Último período menstrual: _____

Duración del período: _____

Intervalo entre períodos: _____

Períodos abundantes:

Sí No

Nº de embarazos: _____

Nº de abortos espontáneos: _____

Nº de abortos: _____

Inmunizaciones – Enter the dates of your most recent vaccinations

| | | | |
|---------------------|--|--------------------------------------------------|--|
| Gripe (anualmente) | | Vacuna contra el papiloma humano (HPV/Gardasil): | |
| Tétano/TdaP/Td: | | Pneumovax: | |
| Shingrix – Dosis #1 | | Prevnar: | |
| Shingrix – Dosis #2 | | Zostavax: | |

Atención preventiva – Escribe las fechas de los resultados de pruebas más recientes.

| | Fecha | Resultado | Proveedor/Instalación |
|-------------------------------|-------|-----------|-----------------------|
| Colonoscopia | | | |
| Sigmoidoscopia | | | |
| Cologuard | | | |
| Hemocultivo | | | |
| Osteoporosis/DEXA | | | |
| Para mujeres solamente | | | |
| Papanicolaou | | | |
| Mamografía | | | |
| Examen del seno | | | |
| Para hombres solamente | | | |
| Último examen del próstata | | | |
| PSA | | | |

Directivas médicas avanzadas

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| ¿Tiene un testamento vital? | Sí | No |
| ¿Tiene un poder notarial médico? | Sí | No |
| ¿Tiene una orden de no reanimación fuera del hospital? | Sí | No |
| Si ha respondido Sí a alguna de estas preguntas, traiga una copia del documento legal a la primera visita. | | |
| Si su respuesta es NO, tenemos información que se le proporcionará para que la hable con su familia de modo que las Directivas Médicas Avanzadas puedan ser incorporadas a su historia clínica. | | |