



Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## Historial Médico de Adulto

Este formulario nos ayudará a obtener un historial médico completo y un registro de su salud. Completando este formulario de antemano simplificará su visita y el proceso de admisión con nuestra oficina. Si está inseguro o incómodo con una pregunta, se puede dejar en blanco.

**VACUNAS:** Marque cualquier vacuna que haya tenido, añada el año si se conoce. Marque la casilla si no sabe la información

Tétanos (Td) \_\_\_\_\_ Tos Fernia (Tdap) \_\_\_\_\_ Varicela inyección o enfermedad \_\_\_\_\_

Antineumocócica (neumonía) \_\_\_\_\_

Influenza (vacuna contra la gripe) \_\_\_\_\_ Hepatitis A \_\_\_\_\_ Hepatitis B \_\_\_\_\_ SRP \_\_\_\_\_ Meningitis \_\_\_\_\_

Zostavax (Herpes zóster) \_\_\_\_\_ VPH (Virus del papiloma humano) \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS:** Por favor escriba (o muéstrenos su propio registro) todas las recetas médicas y medicamentos de venta libre, vitaminas, remedios caseros, pastillas anticonceptivas, hierbas, inhaladores, etc. Use el reverso de este formulario si necesita más espacio y déjenos saber que escribió allí.

**NINGÚN MEDICAMENTO**

Dosis del medicamento (por ejemplo, mg / pastilla) ¿Cuántas veces al día?

---

---

---

---

Alergias o intolerancia a medicamentos (incluya tipo de reacción):

**NINGUNO**

---

---

### PRUEBA DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD:

Fecha de Lípidos (colesterol) \_\_\_\_\_ Anormal?  No  Sí

Fecha de Glucosa en ayunas \_\_\_\_\_ ¿Anormal?  No  Sí

Fecha de Sigmoidoscopia o Colonoscopia (circule uno) \_\_\_\_\_ Pólipo?  No  Sí

*Mujeres solamente:* Fecha de Mamograma \_\_\_\_\_ ¿Anormal?  No  Sí

Fecha de Papanicolaou \_\_\_\_\_ ¿Anormal?  No  Sí

Fecha de última densidad ósea \_\_\_\_\_ ¿Anormal?  No  Sí

**HISTORIAL MÉDICO PERSONAL:** ¿Tiene ahora (actual) o ha tenido (en el pasado) alguna de las siguientes condiciones?  NINGUNO

<i>Condición</i>	<i>Código</i>	<i>Actual</i>	<i>Pasado</i>	<i>Comentarios</i>
Alcohol / Abuso de drogas	305.00/305.90			
Alergias (Fiebre del Heno)	477.9			
Anemia	285.9			
Ansiedad	300			
Artritis (Reumatoide)	714			
Artritis (Osteoartritis)	715.9			
Asma	493.9			
Vejiga / Problemas con los riñones				
Coágulo sanguíneo (pierna)	453.4			
Coágulo sanguíneo (pulmón)	415.11			
Transfusión de sangre	V58.2			
Bulto del seno (benigno)	611.72			
Cáncer de mama	174.9			
Cáncer de colon	153.9			
Otro tipo de cáncer				
Cáncer ovárico	183			
Cáncer de próstata	185			
Cataratas	366.9			
Varicela	52.9			
Pólipos del colon	211.3			
Enfermedad de las arterias coronarias	414			
Depresión	311			
Diabetes (de adulto)	250			
Diabetes (inicio en la niñez)	250.01			
Diverticulosis	562.1			
Enfisema	492.8			
Fracturas (huesos fracturados)				¿Dónde?
Enfermedad de la vesícula biliar	574.2			
Reflujo gastroesofágico (acidez)	530.81			
Glaucoma	365.9			
Gota	274.9			
Condiciones ginecológicas (Endometriosis)	617.9			
Condiciones ginecológicas (Fibroides)	218.9			
Condiciones ginecológicas (otros)				
Ataque cardíaco	410.9			
Hepatitis – Tipo A	70.1			
Hepatitis – Tipo B	70.3			
Hepatitis – Tipo C	70.51			

### Historial médico personal a continuación:

<i>Condiciones</i>	<i>Código</i>	<i>Actual</i>	<i>Pasado</i>	<i>Comentarios</i>
Hepatitis - otro	70.59			
Presión alta	401.9			
Colesterol alto	272			
Fractura de cadera	820.8			
Síndrome del intestino Irritable	564.1			
Enfermedad Renal / Insuficiencia renal	586			
Cálculos renales	592			
Enfermedad hepática	573.9			
Migraña	346.9			
Osteoporosis	733			
Neumonía	486			
Próstata (agrandamiento)	600			
Próstata (nódulos)	600.1			
Convulsiones / Epilepsia	780.39			
Condición de la piel (Eccema)	692.9			
Condición de la piel (Psoriasis)	696.1			
Condición de la piel (lunares anormales)	238.2			
Ápnea del sueño	780.57			
Úlcera del estómago	531.9			
Derrame cerebral	434.91			
Tiroides(nódulo)	241			
Tiroides alta / Hipertiroidismo	242.9			
Tiroides baja / Hipotiroidismo	244.9			
Otro (apuntar)				
Otro (apuntar)				

<i>Procedimiento Quirúrgico</i>	<i>Código</i>	<i>Sí</i>	<i>Año</i>	<i>Comentarios</i>
Cirugía abdominal				
Apendectomía (extirpación del apéndice)				
Cirugía de la espalda (lumbar)				
Biopsia (la parte)				
Biopsia del seno				Marque: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos
Cirugía del seno				Marque: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos
Colonoscopia				
Derivación coronaria				
Stent coronario				
EGD (Endoscopia del estómago)				
Catarata				
Extirpación de la vesícula				Marque: <input type="checkbox"/> Laparoscópico
Cirugía del corazón (aparte de la derivación coronaria)				



<b>Enfermedad a continuación:</b>	Madre	Padre	Hermana(s)	Hermano(s)	Madre de su madre	Padre de su madre	Madre de su padre	Padre de su padre	Otro pariente	Comentarios
Enfisema (COPD)										
Desorden genético (explique)										
Glaucoma										
Enfermedad cardíaca (CHF)										
Enfermedad cardíaca (Otro)										
Hepatitis B o C										
Presión alta – Hipertensión										
Colesterol alto										
Fractura de la cadera										
Hipotiroidismo / Enfermedad tiroidea										
Enfermedad renal										
Cálculos renales										
Degeneración macular										
Migrañas										
Osteoporosis										
Otro (nombra)										

### OTROS ASUNTOS MÉDICOS:

#### Uso del tabaco

Fuma cigarrillos:  Nunca  No  Sí

Fecha del renuncio: \_\_\_\_\_ ¿Por cuántos años fumó? \_\_\_\_\_

¿Aproximadamente cuántas cajetillas fumaba al día? \_\_\_\_\_

¿Es fumador actualmente? Cajetillas/día: \_\_\_\_\_ # de años: \_\_\_\_\_

Otro tabaco:  Pipa  Cigarro  Rapé  Masticable

#### Uso del alcohol

¿Toma alcohol?  No  Sí

# de bebidas/semana: \_\_\_\_\_

#### Uso de drogas

¿Usa marihuana o drogas recreativas?  No  Sí

¿Ha usado alguna vez agujas para inyectar drogas?  No  Sí

**Ejercicio:** ¿Hace ejercicio regularmente?

Sí  No

¿Qué tipo de ejercicio?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo (minutos)? \_\_\_\_\_

¿Qué tan seguido?

\_\_\_\_\_

**Dieta:** ¿Cómo calificaría su dieta?  Buena

Regular  Mala ¿Le gustaría consejos acerca de su dieta?  No  Sí

#### Actividad sexual

Sexualmente activo(a) actualmente:  No  Sí

Pareja(s) sexual es/son/han sido:

hombre  mujer

Método anticonceptivo (marque abajo todo lo que se le aplique)  Ninguno

condón,  pastillas,  dispositivo

intrauterino,  vasectomía,  otro

¿Ha preparado una decisión anticipada o un documento de voluntades anticipadas?

No  Sí

¿La violencia doméstica es una preocupación suya?

No  Sí

**HISTORIAL SOCIAL:**

Ocupación (o ocupación previa): \_\_\_\_\_

jubilado(a)/desempleado(a)/permiso para ausentarse/incapacitado(a) (marque uno si se le aplica)

Empleador: \_\_\_\_\_ Años de educación o título más avanzado: \_\_\_\_\_

Estado civil (marque uno): soltero(a),  pareja, casado(a), divorciado(a), viudo(a), otro: \_\_\_\_\_

Nombre de esposo(a)/pareja: \_\_\_\_\_ Número de niños: \_\_\_\_\_

Deportes, pasatiempos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO PARA LAS MUJERES:**

Número total de embarazos: \_\_\_\_\_ Número de partos: \_\_\_\_\_

Fecha (mes/día si se sabe) del último periodo menstrual si todavía está menstruando:

\_\_\_\_\_  
Edad al comenzar los periodos (menstruación): \_\_\_\_\_

Edad al terminar los periodos (menopausia): \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo de llenar este formulario.**