

CUESTIONARIO DE HISTORIAL MEDICO

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado Civil: (circule uno) C S D V

Grado de educación completado:

Orientación Sexual: (circule uno) *Heterosexual Homosexual Bisexual*

Grado: _____ Colegio: _____

NOTA: Este es un registro confidencial de su historial médico. Como su médico de familia, es importante conocer esta información, para poder proporcionarle la mejor atención médica posible. La información aquí contenida no se liberara a nadie sin su consentimiento previo. Se le pedirá que complete este formulario cada año.

Historial Personal: Marque todas las que apliquen	Medicinas que está tomando:	Historial Familiar
Enfermedades/problemas médicos que ha tenido:		Favor, marque si sus parientes sanguíneos han tenido alguno de los siguientes: *Especificar relación
<input type="checkbox"/> TDAH/Trastorno de comportamiento		<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Alergias-temporada,mascotas,alimentos, etc.		<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Anemia	Alergias a Medicamentos:	<input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación de la sangre
<input type="checkbox"/> Artritis		<input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar de obstrucción crónica
<input type="checkbox"/> Problemas de Riñón o Vejiga		<input type="checkbox"/> Arterioesclerosis coronaria
<input type="checkbox"/> Desordenes de Sangrado		<input type="checkbox"/> Demencia
<input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre	¿Usa el Cinturón de Seguridad? Si/No	<input type="checkbox"/> Trastorno depresivo
<input type="checkbox"/> Problemas intestinales	¿Usa Protector Solar a diario? Si/No	<input type="checkbox"/> Trastorno del desarrollo
<input type="checkbox"/> Tipo de cancer:	¿Tiene armas en la casa? Si/No	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Dolor crónico/Fibromialgia	¿Alarma de humo en la casa? Si/No	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado
<input type="checkbox"/> Anomalías congénitas y defectos de nacimiento	Dieta- regular, vegetariano, veganos, etc.	<input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides
<input type="checkbox"/> Depresión/Desorden Mental	Nivel de estrés: bajo/med/alto	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón
<input type="checkbox"/> Diabetes	Nivel de ejercicio: bajo/med/alto	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto
<input type="checkbox"/> Oídos o Problemas de Audición	Legalmente ciego o sordo Si/No	<input type="checkbox"/> Presión arterial Alta
<input type="checkbox"/> VIH		<input type="checkbox"/> Trastorno de inmunodeficiencia
<input type="checkbox"/> Lesión de cabeza/conmoción cerebral	Ocupación:	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón
<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza	Directiva Avanzada :	<input type="checkbox"/> Tipo de Cancer:
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón	Testamento de vida <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Trastorno Mental
<input type="checkbox"/> Problemas del corazón/Soplo cardíaco	Poder notarial duradero para:	<input type="checkbox"/> Migraña
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	Cuidado de la Salud <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Obeso
<input type="checkbox"/> Hipertensión/Alta Presión	En caso afirmativo, por favor nos proporcione una copia	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado	Mujer:	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Pulmón	Edad de Menopausia/primer periodo:	<input type="checkbox"/> Convulsion
<input type="checkbox"/> Musculoesqueletal	Días de Flujo:	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	Menstruación mensual	Historia de Sustancias:
<input type="checkbox"/> Reflujo/GER/ulceras	Flujo: Ligero moderado pesado	Usa Tabaco?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Transmisión Sexual	¿Usa método anticonceptivo? ¿Cuál?	Fuma/mastica (Cuanto) _____ Edad que comenzó a fumar: _____
<input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia	¿Examina sus senos? sí/ no	Solía fumar pero lo dejó el _____
<input type="checkbox"/> Problemas de la Piel	Fecha de Último Papanicolaou	¿Toma Alcohol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, Cuanto por semana
<input type="checkbox"/> Apnea del Sueño	¿Pap anormal?	
<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/Derrame Cerebral	Su edad cuando tuvo el 1er embarazo	¿Usa Drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Desorden de la tiroides	# de embarazos: _____	Describe: _____ Frecuencia: _____
<input type="checkbox"/> Visión o Problemas de los ojos	Sexualmente activa(o) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Consumo de Caféina: ocasional, moderado, bastante, ninguno
Cirugía mayor o Hospitalización/Año	Está embarazada Si/No	Ha visitado recientemente algún centro de urgencia/salud mental/ especialistas Si/No
	Nombre OB/Ginecólogo _____	porque: _____
		Fecha: