

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Masculino  Femenino Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el motivo de la visita de hoy? \_\_\_\_\_

**No tengo alergias conocidas**

**Alergias:**  Latex  Comida \_\_\_\_\_  Medicamentos: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS: haga una lista de todos los medicamentos que toma, (incluyendo los que son sin receta, remedios herbales, naturales)**


**HISTORIAL DE SALUD: alguna vez ha tenido o le han diagnosticado que tiene (marque todas las que correspondan)**

Anemia	Varicela	Ataque cardíaco	Enfermedad renal	Agrandamiento de la próstata
Angina	Demencia	Enfermedad cardíaca	Cálculos renales	Fiebre reumática
Asma	Depresión / Ansiedad	Soplo cardíaco	Enfermedad pulmonar/ Apnea del sueño	Convulsión/Epilepsia
Trastornos sanguíneos	Diabetes	Hemorroides	Sarampión	Úlceras estomacales
Coágulos de sangre (DVT/PE)	Trastornos digestivos	Presión arterial alta	Migrañas/ Dolores de cabeza	Derrame cerebral
Transfusión de sangre	Infecciones frecuentes	Colesterol alto	Pleuresia o neumonía	Enfermedad tiroidea
Cataratas	Glaucoma	Ictericia o Enfermedad del hígado	Pre-Diabetes	Tuberculosis
Cáncer	Tipo	OTRA		

**¿Le han hecho alguna operación o lo han hospitalizado? ¿Ha estado el año pasado en la Sala de Emergencia?**

Tipo de cirugía/Motivo de la hospitalización/Motivo de la visita a la Sala de emergencia	Fecha

**INMUNIZACIONES (marque si la recibió e indique el año de la última inyección)**

Vacuna	Año	Vacuna	Año
Gripe		Herpes Zóster (Herpes)	
Tétanos		Hepatitis A	
Neumonía		Hepatitis B	
Varicela (Viruelas locas)		MMR (Sarampión, Paperas y Rubeola)	
Tdap (Tétanos, Difteria y Tos Ferina)		Otra:	

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**HÁBITOS DE SALUD: marque el que corresponda (si es en la actualidad, favor de indicar la cantidad)**

	Nunca	En el pasado	En la actualidad	Cantidad
<b>Uso de tabaco</b>				
<b>Uso de alcohol</b>				
<b>Uso del cinturón de seguridad</b>				

**MANTENIMIENTO DE LA SALUD: ¿Le han hecho alguno de los siguientes? (Si responde que SÍ, indique cuándo se lo hicieron)**

	NO	SÍ	FECHA
<b>Mamograma (Mujeres entre las edades de 40-69)</b>			
<b>Papanicolao (Mujeres entre las edades de 18-75)</b>			
<b>Colonoscopia (Edad de 50-75)</b>			
<b>Densidad ósea (Edad de &gt;65)</b>			
<b>Último período menstrual (Mujeres)</b>			
<b>Ginecólogo (Mujeres)</b>	<b>NOMBRE</b>		

**HISTORIAL FAMILIAR**

Relación	√ Si vive	Edad en que falleció	Condiciones médicas/Causa de muerte
<b>Madre</b>			
<b>Padre</b>			
<b>Hermanos</b>			
<b>Hermanas</b>			
<b>Hijos</b>			
<b>Abuelos</b>			

**¿ALGUNO DE SUS PARIENTES BIOLÓGICOS TIENE ALGO DE LO SIGUIENTE?**

Enfermedad	Relación con usted
Anemia	
Artritis	
Asma	
Coágulos en la sangre	
Cáncer	
Diabetes	
Enfermedad cardíaca	
Presión arterial alta	
Enfermedad renal	
Derrame cerebral	
Otros	