

Cuestionario de Historial del Paciente

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____

Nombre de los padres del menor: _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____

Número telefónico de casa: _____ Número telefónico del trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Nombre de la compañía aseguradora: _____

Tengo testamento en vida /Directiva anticipada Sí No Preferencia religiosa: _____

Alergias: (Ninguna)

Fecha	Medicamento	Reacción alérgica

Medicamentos actuales: (Ninguno)

Nombre del medicamento	Dosis	¿Qué tan a menudo?	Nombre del medicamento	Dosis	¿Qué tan a menudo?

Farmacia que utiliza: _____

Historial médico: (Ninguno)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Infarto al miocardio |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad nerviosa/muscular |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Anemia de célula falciforme |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Problemas de válvulas/soplos | <input type="checkbox"/> Infarto / derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca | <input type="checkbox"/> Problemas de riñones | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Desorden de coagulación | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica | | |
| <input type="checkbox"/> OTRO: _____ | | |

ETIQUETA

436270 (8/15)



Clinica: _____

PATIENT HISTORY QUESTIONNAIRE

Historial quirúrgico: (Ninguno)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Cirugía de próstata |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cerebral | <input type="checkbox"/> Cirugía de ojos | <input type="checkbox"/> Cirugía del intestino delgado |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de los senos | <input type="checkbox"/> Cirugía de fractura | <input type="checkbox"/> Cirugía de la columna |
| <input type="checkbox"/> Bypass de la arteria coronaria | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas |
| <input type="checkbox"/> Colectomía | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de colon | <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulaciones | <input type="checkbox"/> Vasectomía |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cosmética | | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Historial social:

¿Consumes tabaco? _____ Tipo(s) Cigarrillos Pipa Puros
 Cajetillas/día 0.25 0.50 1 1.5 _fumadas Cigarrillos electrónicos Reemplazo de nicotina
 Años: 0.5 1 2 3 4 5 10 15 _____
 Tabaco sin fumar: _____ Tipo(s) que usa Rapé (*Snuff*) masticable
 Fecha en que lo dejó: _____ ¿Lo quiere dejar?: Sí No

¿Toma alcohol? Sí No Comentarios: _____
 ¿Cuántos tragos por semana? _____ Copas de vino _____ Cervezas _____ Medidas de 1oz licor

¿Usa drogas? Sí No Comentarios: _____
 ¿Cuántas veces usa drogas por semana? 1 2 3 4 5 6 _____
 ¿Qué tipo de drogas IV Metanfetamina Anfetaminas Marihuana Cocaína Heroína
 Usa? PCP Hongos Inyección en la piel Fumar Esnifar Inhalar Vía oral
 Otro: _____

Actividad sexual

Sí No No actualmente Comentarios: _____
 Protección/ Método de control de la natalidad Condón Pastillas Diafragma DIU Quirúrgico Espermicida Implante
 Ritmo Inyección Esponja Insertable Abstinencia

Historial de familia: (Ninguno)

Relación	Nombre	Estatus	Alcohol/Drogas	Artritis	Asma	Defectos de nacimiento	Cáncer	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Depresión	Diabetes	Muerte a temprana edad	Pérdida de audición	Enfermedad cardíaca	Hiperlipidemia	Hipertensión	Riñón/Urinaría	Discapacidad de aprendizaje	Enfermedad mental	Retraso mental	Abortos espontáneos	Infarto cerebral	Pérdida de la visión	
Pa																							
Ma																							
AaMa																							
AoMa																							
AaPa																							
AoPa																							
OTRO																							

KEY: Pa= Padre Ma= Madre AaMa = Abuela materna AoMa =Abuelo materno AaPa = Abuela paterna AoPa = Abuelo paterno