

NOMBRE (NAME) _____

FECHA DE NACIMIENTO (DOB) ____/____/____

SOBRENOMBRE O ALIAS (aka) _____

FECHA DE HOY (DATE) _____

HISTORIA MÉDICA (Año de diagnosis/Especialista)

(MEDICAL HISTORY)

Asma (Asthma) _____

Problemas de vejiga o riñón
(Bladder /Kidney disorder) _____

Problemas de la sangre
(Blood disorders) _____

Problemas del seno (Breast) _____

Problemas ginecológico
(Gyn disorder) _____

Cáncer (_____) _____

Problemas de oído, nariz, o garganta crónicos
(Chronic ENT disorder) _____

Depresión/Ansiedad
(Depression/Anxiety) _____

Diabetes _____

Problema gastrointestinal _____

Problemas del corazón
(Heart Disorder) _____

Alta presión (High BP) _____

Alto colesterol
(High Cholesterol) _____

Problemas en los pulmones
(Lung/COPD/Emphysema) _____

Problemas con los músculos o sistema esquelético
(Musculoskeletal disorder) _____

Problemas neurológicos como derrames cerebrales o convulsiones (Neurologic/Stroke/Seizure) _____

Problemas de la próstata (Prostate) _____

Problemas de la piel (Skin) _____

Problemas de la tiroides (Thyroid) _____

Otro problema(s) (Other) _____

EXAMENES PASADOS (PAST TESTING)

Fecha del Examen

Densidad de huesos Sí No _____
(Bone Density)

Colonoscopia Sí No _____
(Colonoscopy)

ECG (EKG) Sí No _____

Mamografía Sí No _____

Papanicolau (Pap) Sí No _____

Próstata (Prostate) Sí No _____

Función pulmonar Sí No _____
(Pulmonary function)

Pruebas de esfuerzo para el corazón
(Stress Testing) Sí No _____

CIRUGÍAS (SURGERIES) Tipo de cirugía y fecha

Abdominal _____

Apéndice (Appendix) _____

Senos (Breast) _____

Vesícula (Gall Bladder) _____

Corazón (Heart) _____

Ortopédico (Orthopedic) _____

Próstata (Prostate) _____

Ginecológico (GYN) _____

Urinario (Urologic) _____

Otra cirugía (Other) _____

HISTORIA SOCIAL (SOCIAL HISTORY)

Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)
(Single) (Married) (Widowed) (Divorced)

Separado(a) (Separated)

de Hijos (#Children) _____

de aborto natural (#Miscarriages) _____

de aborto médico (#Abortions) _____

Tipo de trabajo (Occupation): _____

Años de educación/¿Hasta qué grado? _____
(Years of Education/Highest Degree)

Name _____

MRN _____



Uso de Tabaco: (Tobacco Use)

¿Fuma o usa?: Cigarillo (Cigarettes)

Pipa (Pipe)

Cigarro (Cigar)

Rapé (Snuff)

Mascada (Chew)

¿Cuándo dejó de fumar/masticar? (Quit date) _____

¿Cuántos paquetes de cigarrillos fuma o fumaba a diario? (Packs/day) _____

¿Por cuantos años ha fumado o fumó? _____
(# of years)

Cafeína (Caffeine): Sí No

¿Cuántas tazas al día? _____

Alcohol: Sí No

¿Cuántas bebidas a la semana? _____

¿La cantidad de alcohol que usted bebe es una preocupación para usted o para otras personas?

(Is alcohol a concern for you/others?) Sí No

Uso de droga ilegal (Drug Use):

¿Ha usado drogas ilegales en el pasado? Sí No
(Have you ever used non-legalized drugs?)

¿Ha usado agujas para inyectarse drogas? Sí No
(Have you ever used needles to inject drugs?)

Otras Preocupaciones (Other Concerns):

Peso (Weight): Sí No

Dieta (Diet): Buena (Good) Más o Menos (Fair)
No muy buena (Poor)

Ejercicio regular (Regular Exercise): Sí No

¿Qué tipo de ejercicio? (What Kind?) _____

¿Por cuántos minutos? (How long): _____

Veces a la semana (#/wk): _____

¿La violencia en el hogar es una preocupación suya?

(Is violence at home a concern?) Sí No

¿Ha sido abusado(a)? (Have you ever been abused?) Sí No

¿Cae usted con frecuencia? (Do you fall frequently?) Sí No

¿Ha completado alguno de los siguientes

documentos legales? (Have you completed):

Testamento en vida (Living Will) Sí No

Poder Notarial Duradero (Durable Power of Attorney) Sí No

Directiva de Salud Avanzada (Advanced Healthcare Directive)
Sí No

Órdenes del médico de tratamiento para el mantenimiento de la vida (POLST) Sí No

Orden de no resucitar (Do not resuscitate order) Sí No

Personas mayores de 65 años (Over the Age of 65):

¿Tiene usted alguna preocupación de poder hacer actividades de vida diaria? (Do you have any concerns about activities of daily living?) Sí No

¿Siente que tiene problemas de memoria?

(Do you feel you have memory issues?) Sí No

¿Siente que puede caerse fácilmente?

(Do you feel you are at risk for falling?) Sí No

MEDICAMENTOS (MEDICATIONS): Recetados, sin receta, hierbas, vitaminas. Prescribed, over-the-counter, vitamins, herbs)

MEDICAMENTO	DOSIS	VECES AL DÍA

MEDICAMENTO	DOSIS	VECES AL DÍA

FARMACIA (PHARMACY): ¿Cuál es su farmacia local? (What local pharmacy do you use?) _____

Ciudad/Calle (Location): _____

¿Usa alguna farmacia por correo a través de su seguro médico? (What mail order pharmacy do you use?) _____

Name _____

MRN _____



ALERGIAS O REACCIONES ALÉRGICAS (ALLERGIES OR REACTIONS): A medicamento, comidas, ambiente natural u otro agente. (To medication, food, environment, other agent.)

MEDICAMENTO/COMIDA/AMBIENTE	REACCIÓN QUE SUFRE	FECHA CUANDO SUCEDIÓ

HISTORIAL MÉDICO DE FAMILIA (FAMILY HISTORY)

Fui adoptado(a)
(Adopted)

No conozco mi historial médico de familia
(Family History Unknown)

HISTORIA MÉDICA DE FAMILIA <i>Marcar las condiciones que aplican</i>	Enfermedad Mental	Alcohol	Cáncer de seno	Cáncer del colon	Cáncer en la próstata o uterino	Cáncer en los pulmones	Diabetes	Alta Presión	Alto Colesterol	Causa de muerte	Otra Enfermedad
Padre (Father)											
Madre (Mother)											
Abuelo Materno (Maternal Grandfather)											
Abuela Materna (Maternal Grandmother)											
Abuelo Paterno (Paternal Grandfather)											
Abuela Paterna (Paternal Grandmother)											
Hermanos (Brothers)											
1.											
2.											
3.											
Hermanas (Sisters)											
1.											
2.											
3.											

VACUNAS (IMMUNIZATION HISTORY)

DTaP (Tétano & Pertussis)	Sí	No	Fecha:	Influenza (Flu)	Sí	No	Fecha:
Serie de Hepatitis A	Sí	No	Serie de 2: #1 #2	Neumonía	Sí	No	Fecha:
Serie de Hepatitis B <input type="checkbox"/>	Sí	No	Serie de 3: #1 #2 #3	Shingles	Sí	No	Fecha:
HPV <input type="checkbox"/>	Sí	No	Fecha:	Herpes Zoster			
Otras vacunas:				Tétano	Sí	No	Fecha:

Name _____
MRN _____

