



Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Historia clínica pasada

Marque sí o no, si Usted ha tenido alguna(s) de la(s) siguiente(s) enfermedad(es):

	Sí	No		Sí	No
Mamograma anormal			Gota		
SIDA			Gonorrea		
Obstrucción Crónica de las vías respiratorias			Fiebre del Heno		
Anemia			Enfermedad cardíaca		
Angina de pecho (dolor de pecho)			Hepatitis		
Trastorno de ansiedad General			Herpes Simple		
Artritis			Hipertensión		
Asma			Migraña		
Absceso de la Glándula de Bartolina			Miocardio Infarto (Ataque del corazón)		
Tendencia de sangrar			Enfermedad Renal (riñón)		
Cáncer			Fiebre reumática		
Colitis			Rinitis alérgica		
Diabetes			Exposición de STD (enfermedad de transmisión sexual)		
Enfisema			Apoplejía (derrame cerebral)		
Trastorno de la vesícula biliar			Desorden de tiroides		
Úlceras Gástricas			Tuberculosis		
Herpes genital			Infección de las vías respiratorias superiores		
Sífilis genital			Infección del tracto urinario		
Bocio			Otra _____		

“SARM” o “MRSA”

Estafilococo Aureus Resistente a la Meticilina

Historia pasada de cirugía

Marque sí o no, si Usted ha tenido alguna(s) cirugía(s):

	Sí	No		Sí	No
Apendectomía			Ablación endometrial		
Cirugía de Seno			Laparotomía exploratoria		
Extirpación de tumor en el pecho (Seno)			Operación de trasplante de cadera		
Mastectomía en el pecho de Seno			Histerectomía		
Colecistectomía			Reemplazo de coyuntura		
Colonoscopia			Reemplazo de rodilla		
Cistoscopia			Cesárea anterior		
Procedimiento de dilación y raspado			Extirpación de ovario		
Laparoscopia diagnóstica			Ligadura de las trompas		
Embarazo ectópico			Otra _____		

Por favor, escriba todas las medicinas que Usted ha tomado con prescripción(es) médica(s) y/o la(s) de venta libre:

¿Tiene Usted alergia a algún medicamento? _____

Historia de la familia

Marque sí o no, si algún pariente de sangre tiene o ha tenido alguna(s) de la(s) siguiente(s):

	Si	No		Sí	No
Otra			Fiebre del Heno		
SIDA			Infarto		
Ansiedad			Hipertensión		
Artritis			Enfermedad del Riñón		
Asma			Leucemia		
Tendencia de sangrar			Migraña		
Cáncer			Gemelos		
Colitis			Miocardio Infarto (ataque del corazón)		
Cardiopatía Congénita			Convulsiones		
Diabetes			Apoplejía (derrame cerebral)		
Enfisema			Suicidio		
Ataques/Epilepsia			Tuberculosis		
Úlcera Gástrica			Problema Siquiátrico Indeterminado		
Bocio (tiroides hinchado)					
Gota					

Por favor, explique qué familiares tienen las enfermedades que marcó: _____

Por favor, Agregue cualquier otro historial médico pertinente: _____

Algún historial de desorden Genético en su familia: _____

Escriba la fecha de nacimiento y el sexo de cada uno de los embarazos que ha tenido: _____

Su Historial social:

¿Usted fuma o ha fumado en el pasado? _____

¿Usted usa o ha usado algún tipo de drogas en el pasado? _____

¿Usted toma o las ha tomado bebidas alcohólicas en el pasado? _____

Idioma que Usted prefiere que se le comunique: _____

Tiene Usted alguna directiva médica: (un testamento, directriz médica (poder de representación para cuidado de la salud), No Resucitación) _____

¿Ha sufrido Usted en el pasado abuso físico o violencia domestica? _____

¿Está Usted en el presente sufriendo abuso físico o violencia domestica? _____

