

HISTORIA CLÍNICA/ MEDICAMENTOS DEL PACIENTE

Nombre: _____ Sexo: _____ Nacimiento: _____ Fecha: _____

HISTORIA CLÍNICA PERSONAL: (marcar lo que corresponda)

- | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| TDAH | COPD/ Enfisema | Colesterol alto | Artritis Reumatoide |
| Alcoholismo | Demencia | VIH | Convulsiones |
| Alergias, estacional | Depresión | Hepatitis | Apnea del sueño |
| Anemia | Diabetes: 1 o 2 | Síndrome de intestino irritable | Apoplejía/Derrame cerebral |
| Ansiedad | Diverticulitis | Lupus | Tiroides |
| Arritmia (latidos irregulares) | TVP (coágulos sanguíneos) | Enfermedad hepática | Colitis ulcerosa |
| Artritis | GERD (Reflujo) | Degeneración Macular | |
| Asma | Glaucoma | Neuropatía | |
| Bipolaridad | Enfermedad cardíaca | Osteopenia/Osteoporosis | |
| Problemas de vejiga / Incontinencia | Ataque cardíaco (IM) | Parkinson | |
| Hemorragias | Hernia de hiato | Enfermedad arterial periférica | |
| Cáncer: _____
Tipo | Presión arterial alta | Úlcera péptica | |
| Jaquecas | Piedras en riñones | Psoriasis | |
| Enfermedad de Crohn | Insuficiencia renal | Embolismo pulmonar (PE) | |

Examen ocular	Si/No	Fecha: _____
Colonoscopia	Si/No	Fecha: _____
Mamografía	Si/No	Fecha: _____
Densitometría ósea	Si/No	Fecha: _____
PAP	Si/No	Fecha: _____

Otros problemas médicos no incluidos arriba

Historial quirúrgico: incluir todas las cirugías anteriores y fechas aproximadas.

¿Ha tenido problemas con la anestesia? Sí ___ No ___

HISTORIAL SOCIAL / CULTURAL:

Nivel de educación: Pre-escolar Secundario Vocacional Terciario Universitario/Profesional

¿Padece problemas de visión que afecten su comunicación? Sí No

¿Padece problemas de audición que afecten su comunicación? Sí No

¿Padece alguna limitación para comprender o respetar instrucciones (verbales o escritas)? Sí No

Situación actual de vida (marcar todas la que correspondan):

- Casa con una familia
 Casa con varias familias
 Sin techo ancianos
 Refugio
 Hogar de
 Otros: _____

Iniciales del
proveedor/a

Continúa del otro lado

¿Consumo de tabaco/fumador?: Actualmente Antes Nunca Tipo: _____ Cantidad/día: _____ Cantidad de años: _____

Alcohol: Actualmente Antes Nunca Tragos/semana: _____

Consumo recreativo de drogas: Actualmente Antes Nunca Tipo: _____

¿Sexualmente activo? Sí No

¿Atraviesa actualmente problemas personales o familiares en la escuela, el hogar, el trabajo que quisiera discutir? Sí No

¿Existen limitaciones especiales religiosas o culturales que afecten con nuestros servicios de atención médica? Sí No

¿Existen problemas financieros que impacten directamente en su capacidad para administrar su salud? Sí No

¿Con qué frecuencia obtiene el apoyo social y emocional que necesita?

Siempre Usualmente Algunas veces Rara vez Nunca

Comentarios (Comentarios a cualquiera de las preguntas cuya respuesta haya sido "Sí"):

HISTORIAL FAMILIAR:

PADRE: Vivo: Edad _____ Fallecido: Edad _____

Alcoholismo	Desorden Bipolar	Depresión	Colesterol alto	Osteoporosis
Anemia	Cáncer: _____	Diabetes 1 o 2	Presión arterial alta	Apoplejía/Derrame cerebral
Asma	COPD/Enfisema	TVP (coágulos sanguíneos)	Insuficiencia renal	Tiroides
Artritis	Demencia	Insuficiencia cardiaca	Migrañas	

Other: _____

MADRE: Viva: Edad _____ Fallecida: Edad _____

Alcoholismo	Desorden Bipolar	Depresión	Colesterol alto	Osteoporosis
Anemia	Cáncer: _____	Diabetes 1 o 2	Presión arterial alta	Apoplejía/Derrame cerebral
Asma	COPD/Enfisema	TVP (coágulos sanguíneos)	Insuficiencia renal	Tiroides
Artritis	Demencia	Insuficiencia cardiaca	Migrañas	

Otros: _____

HERMANOS/AS:

Incluir otros prestadores médicos que visita regularmente (como cardiólogos, psicólogos, nefrólogos, odontólogos, etc.)

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Iniciales del proveedor/a