

**Forma de historial médico confidencial**



**Wade Dickinson, M.D.**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Sí	No		Lista:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Toma medicamentos que requieran receta médica?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Es alérgico a algún medicamento?	Lista: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fue usted adoptado?	_____

**HISTORIAL FAMILIAR: ¿Sus padres, hermanos, hermanas o hijos tiene alguna de las siguientes condiciones? De ser así, ¿quién?**

Sí	No	Padecimiento	¿Quién?	Sí	No	Padecimiento	¿Quién?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso del alcohol / drogas	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad mental	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque cardiaco	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia severa	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de sangrado	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolia	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defectos de nacimiento/Problemas genéticos (como: anemia de células falciformes, fenilcetonuria (PKU), Tay Sachs)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer: ¿Qué tipo?	_____				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	_____				

**HISTORIAL MÉDICO: ¿Ha tenido problemas de?:**

Sí	No	Síntomas	Comentarios	Sí	No	Síntomas	Comentarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias: ¿A qué?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heces negras o con sangre	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riñón	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojos/Visión (excepto anteojos)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retención / goteo de orina	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oídos/para escuchar	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección de la vejiga	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boca/dientes	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gonorrea, sífilis, herpes, verrugas	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado o coagulación (no de su período menstrual)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones en los huesos: huesos rotos	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer: ¿qué tipo?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de articulaciones: artritis	_____

**¿Le han aplicado alguna de las siguientes inyecciones?**

Sí	No	Vacuna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TDaP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubéola (sarampión alemán)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gardasil

Sí	No	Síntomas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección vaginal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección pélvica (PID-siglas en inglés)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor pélvico/fibroide
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Papanicolau anormal? Fecha: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Mamografía? Fecha: _____

**HOSPITALIZACIONES/CIRUGÍAS: (Enlístelas todas excepto el embarazo)**

Año _____	Razón: _____
Año _____	Razón: _____
Año _____	Razón: _____
Año _____	Razón: _____

**Solo para uso del personal Comentarios/ Actualizaciones**

**Forma de historial médico confidencial**



**Wade Dickinson, M.D.**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO (Cont.)**

Sí	No	Pregunta	Explique/Detalles
		¿Toma drogas de la calle?	De ser así, enlístelas
		¿Fuma cigarrillos?	De ser así, # de cigarrillos/día y ¿por cuánto tiempo?
		¿Toma alcohol?	De ser así, # tragos/día y por semana
		¿Considera que usted tenga (haya tenido) un problema con las drogas o el alcohol?	Explique: _____

Sí	No	Pregunta	Explique/Detalles
		¿Trabaja?	_____
		¿Está expuesto a químicos peligrosos en su empleo? De ser así, explique	_____
		¿Considera que su dieta es saludable?	_____
		¿Alguna vez se ha provocado el vómito después de comer o toma laxantes para perder peso?	_____
		¿Hace ejercicio? ¿De qué tipo? ¿Cuántas veces a la semana?	_____
		¿Sostiene relaciones sexuales? De ser así, ¿a qué edad comenzó?	_____
		¿Ha tenido relaciones sexuales con otra persona en los últimos meses?	_____
		¿Cuál es el número de parejas sexuales que ha tenido en los últimos seis meses?	_____
		¿Masculinos, femeninas o ambos?	_____
		¿Usa condón? ¿Qué tan frecuentemente? (Siempre, algunas veces, nunca)	_____
		¿Su pareja sexual tiene otra(s) pareja(s) sexuales?	_____
		¿En la actualidad, o alguna vez, ha estado en una relación en la que fue amenazado o le hicieron sentir miedo?	_____
		¿Alguna vez su pareja le ha golpeado, pateado, bofetado, empujado o aventado?	_____
		¿Alguna vez le han forzado o presionado a involucrarse en actividades sexuales cuando usted no lo deseaba?	_____
		¿Alguna vez ha sido violado(a)?	_____
		¿Qué preguntas tiene sobre el sexo?	_____

**Historial de su periodo menstrual**

Sí	No	Pregunta	Respuesta
		¿Es este su primer examen pélvico?	_____
		Edad a la que inició su periodo menstrual:	_____
		Los periodos menstruales son (círcule todo lo que corresponda):	Regulares Irregulares Dolorosos Ligeros Moderados Abundantes
		Primer día del último periodo menstrual:	_____
		Fecha del último embarazo o nacimiento:	_____

Los periodos menstruales llegan cada \_\_\_\_\_ días, y duran \_\_\_\_\_ días.

¿Tiene sangrado entre periodos menstruales? (círcule uno) Sí  
No  
Algunas veces

**Historial de embarazos**

<b>Número de:</b>	Complicaciones y/o comentarios sobre estos embarazos:       
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	

Sí	No

¿Está amamantando?

**Historial de anticonceptivos**

Si usa algún control de natalidad, ¿qué métodos ha usado?

<input type="checkbox"/>	<b>Píldoras</b>	Si usa píldoras, ¿de qué tipo ha usado?	_____
<input type="checkbox"/>	<b>Inyección Depo</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>Diafragma/Capuchón cervical</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>Espuma, supositorios, cremas, gelatinas</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>Condomes, plásticos</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>Interrupción o remoción</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>Ritmo, calendario o planificación familiar natural</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>Norplant/Nexplanon</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>DIU</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>Ligadura de las trompas (esterilización)</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>Nada</b>		

**Método de control de natalidad actual:**

\_\_\_\_\_

**Deseo cambiar mi método a:**

\_\_\_\_\_

**Enliste todos los problemas con estos métodos:**

\_\_\_\_\_

**Firma del paciente / de la parte que consiente**

**Fecha**

**Firma del Médico/médico clínico de revisión**

**Fecha**