Forma de historial médico confidencial



Daniel Hernandez, M.D / Cynthia Jimmeye, NP

Nombre:		Forbodo analisticato												
Sí No														
		¿Toma medicamentos que requieran rece	eta médica?	Lista	:									
		¿Es alérgico a algún medicamento?		Lista										
		¿Fue usted adoptado?												
		HISTORIAL FAMILIAR: ¿Sus padres, hermanos, hermanas o hijos tiene alguna de las siguientes condiciones? De ser así, ¿quién?												
Sí	No	<u>Padecimiento</u>	¿Quién?	Sí	No	<u>Padecimiento</u>	¿Quién?	personal Comentarios/ Actualizaciones						
		Abuso del alcohol / drogas	-			Enfermedad mental	-							
		Artritis				Ataque cardiaco								
		Anemia severa		-		Colesterol alto								
		Problemas de sangrado		_		Embolia								
		Diabetes				Defectos de nacimiento/Problemas								
		Cáncer: ¿Qué tipo?				genéticos (como: anemia de células falciformes, fenilcetonuria								
		Presión arterial alta				(PKU), Tay Sachs)								
			HISTORIAL MÉD	ICO: ¿Ha t	enido p	problemas de:?								
<u>Sí</u>	No	<u>Síntomas</u>	Comentarios	<u>Sí</u>	No	<u>Síntomas</u>	Comentarios							
		Alergias: ¿A qué?				Heces negras o con sangre								
		Piel		_		Riñón								
		Ojos/Visión (excepto anteojos)				Retención / goteo de orina								
		Oídos/para escuchar		_		Infección de la vejiga Gonorrea, sífilis,								
		Boca/dientes		-		herpes, verrugas								
		Sangrado o coagulación (no de su		_		VIH								
		periodo menstrual)				Lesiones en los huesos: huesos rotos								
		Anemia				Dolor de espalda								
		Cáncer: ¿qué tipo?		_		Problemas de articulaciones: artritis								
		Diabetes			1									
		Enfermedad tiroidea			¿Le na	an aplicado alguna de las siguientes inyecciones?								
		Dolores de cabeza		<u>Sí</u>	No	<u>Vacuna</u>								
		Convulsiones/epilepsia		_		TDaP								
		Problemas psiquiátricos		_		Rubéola (sarampión alemán)								
		Depresión suicida		_		Polio								
		Niveles de colesterol altos		_		Hepatitis A								
		Enfermedad/problemas cardiacos				Hepatitis B								
		Presión arterial alta				Gardasil								
		Asma				•								
		Tuberculosis		<u>Sí</u>	No	<u>Síntomas</u>								
		Otras enfermedades pulmonares				Infección vaginal								
		PPD (derivado proteico purificado)		_										
		positivo (prueba en la piel para la				Infección pélvica (PID-siglas en inglés)								
		tuberculosis)		_		T (1 to 10)								
		Senos: bultos/tumores/secreción/cirugía				Tumor pélvico/fibroide								
		<u> </u>		_		¿Papanicolau anormal?	Fecha:							
		Vejiga o piedras Enfermedad		_ L		¿Mamografía?	Fecha:							
		hepática/hepatitis/ictericia/												
		mononucleosis HOSPITALIZACIONES/CIRUGÍAS: (Enlístelas todas excepto el embarazo)												
		Estómago Año Razón:												
		Varicela		Año										
		Parásitos		Año		Razón:								
	1	Úlcera												

Forma de historial médico confidencial



Daniel Hernandez, M.D / Cynthia Jimmeye, NP

Nombre:		Fect	na de nacimiento:	Fecha:								
HISTORIAL MÉDICO (Cont.)												
<u>Sí</u>	No	Pregu	nta		Explique/Detalles							
_ <u></u>	110	1	De ser así, enlístelas		<u>Explique</u> , Detunes	<u>-</u>						
			De ser así, # de cigarrillos/día y									
			¿por cuánto tiempo?									
			De ser así, # tragos/día y por									
		¿Toma alcohol?	semana									
	¿Considera que usted tenga (haya tenido) un											
	problema con las drogas o el alcohol?				ie:							
<u>Sí</u>	No	<u>Pregunta</u>			Explique/Detalles							
		¿Trabaja?										
		¿Está expuesto a químicos peligrosos en su emp	oleo? De ser así, explique									
		¿Considera que su dieta es saludable?										
		¿Alguna vez se ha provocado el vómito despué:	de comer o toma laxantes para po	erder peso?								
		¿Hace ejercicio? ¿De qué tipo? ¿Cuántas veces a	·	·								
		¿Sostiene relaciones sexuales? De ser así, ¿a que										
		¿Ha tenido relaciones sexuales con otra persona										
		¿Cuál es el número de parejas sexuales que ha t										
		¿Masculinos, femeninas o ambos?										
		¿Usa condón? ¿Qué tan frecuentemente? (Siem	pre, algunas veces, nunca)									
		¿Su pareja sexual tiene otra(s) pareja(s) sexuales	?									
		¿En la actualidad, o alguna vez, ha estado en un	a relación en la que fue amenazad	o o le								
		hicieron sentir miedo?										
		¿Alguna vez su pareja le ha golpeado, pateado,										
		¿Alguna vez le han forzado o presionado a invo	lucrarse en actividades sexuales cu	ando								
		usted no lo deseaba?										
		¿Alguna vez ha sido violado(a)?										
		¿Qué preguntas tiene sobre el sexo?										
			<u>Historial de su periodo</u>	<u>menstrual</u>								
<u>Sí</u>	<u>No</u>	1			Los periodos menstruales llegan cada	días,						
		¿Es este su primer examen pélvico?			y duran días.							
		Edad a la que inició su periodo menstrual:			Tions are and a setup residen	Sí						
		Los periodos menstruales son (circule todo lo que corresponda):	Regulares		¿Tiene sangrado entre periodos menstruales? (circule uno)	No						
		io que corresponda).	Irregulares		menstrates: (circule and)	Algunas veces						
Primer día	del últim	o periodo menstrual:	Dolorosos		Historial de embarazos	rugunus veces						
		<u>'</u>	Ligeros	Número de:		Complicaciones y/o						
			Moderados		Abortos	comentarios sobre estos						
			Abundantes		Aborto espontáneo	embarazos:						
		Fecha del último embarazo o nacimiento:			Muerte fetal							
<u>Sí</u>	No	1		-	Cesáreas							
		¿Está amamantando?			Embarazo ectópico (tubárico)							
					Nacimientos prematuros							
		<u>Historial de anticonceptivos</u>			Embarazos vaginales normales							
		Si usa algún control de natalidad, ¿qué métod	os ha usado?	-	# total de embarazos							
	Píldora	s Si usa píldoras, ¿de qué tipo ha usado?			Edad que tenía en su primer embarazo							
		ón Depo	_		_ '							
	•	ma/Capuchón cervical			Método de control de natalidad actual:							
	_	, supositorios, cremas, gelatinas										
Condones, plásticos												
Interrupción o remoción					Deseo cambiar mi método a:							
	Ritmo,	calendario o planificación familiar natural										
		nt/Nexplanon										
	DIU	i vierbianon										
		a de las trompas (esterilización)										
	Nada											
		Enliste todos lo										
Enliste todos los problemas con estos métodos:												