

## Forma de historial médico confidencial

Camilla Marquez, M.D.

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

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

Solo para uso del personal  
Comentarios/  
Actualizaciones

### 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 periodo 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	Comentarios
<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	Comentarios
<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: (Enlistelas todas excepto el embarazo)

<input type="checkbox"/>	Estómago	Año _____	Razón: _____
<input type="checkbox"/>	Varicela	Año _____	Razón: _____
<input type="checkbox"/>	Parásitos	Año _____	Razón: _____
<input type="checkbox"/>	Úlcera	Año _____	Razón: _____

## Forma de historial médico confidencial

Camilla Marquez, M.D.

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

### HISTORIAL MÉDICO (Cont.)

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

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

### Historial de su periodo menstrual

Sí	No	Pregunta	Explique/Detalles
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Es este su primer examen pélvico?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edad a la que inició su periodo menstrual: _____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los periodos menstruales son (círcule todo lo que corresponda):	Regulares Irregulares Dolorosos Ligeros Moderados Abundantes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Primer día del último periodo menstrual: _____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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

<p><b>Número de:</b></p> <p>_____ Abortos</p> <p>_____ Aborto espontáneo</p> <p>_____ Muerte fetal</p> <p>_____ Cesáreas</p> <p>_____ Embarazo ectópico (tubárico)</p> <p>_____ Nacimientos prematuros</p> <p>_____ Embarazos vaginales normales</p> <p>_____ # total de embarazos</p> <p>_____ Edad que tenía en su primer embarazo</p>	<p style="text-align: center;">Complicaciones y/o comentarios sobre estos embarazos:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
--	---

Sí	No	Pregunta	Explique/Detalles
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está amamantando?	_____

### Historial de anticonceptivos

<input type="checkbox"/>	Si usa algún control de natalidad, ¿qué métodos ha usado?	Método de control de natalidad actual: _____  Deseo cambiar mi método a: _____
<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>	

Enliste todos los problemas con estos métodos: \_\_\_\_\_

Firma del paciente / de la parte que consiente

Fecha

Firma del Médico/médico clínico de revisión

Fecha