

Forma de historial médico confidencial



Richard Shebelut, M.D.

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Fecha:** _____

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Toma medicamentos que requieran receta médica?
 ¿Es alérgico a algún medicamento?
 ¿Fue usted adoptado?

Lista: _____
Lista: _____

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 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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad tiroidea	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones/epilepsia	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas psiquiátricos	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión suicida	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niveles de colesterol altos	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad/problemas cardiacos	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras enfermedades pulmonares	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PPD (derivado proteico purificado) positivo (prueba en la piel para la tuberculosis)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Senos: bultos/tumores/secreción/cirugía	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vejiga o piedras	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática/hepatitis/ictericia/mononucleosis	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estómago	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varicela	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parásitos	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera	_____

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: _____

Forma de historial médico confidencial



Richard Shebelut, 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, bofeteado, 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

Número de:	Complicaciones y/o comentarios sobre estos embarazos:
_____ Abortos	_____
_____ Aborto espontáneo	
_____ Muerte fetal	
_____ Cesáreas	
_____ Embarazo ectópico (tubárico)	
_____ Nacimientos prematuros	
_____ Embarazos vaginales normales	
_____ # total de embarazos	
_____ Edad que tenía en su primer embarazo	_____

Sí	No

¿Está amamantando? _____

Historial de anticonceptivos

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

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

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