

Nombre del Paciente: _____

Historia Clínica del Paciente

Por favor conteste todas las preguntas



STAFF: Responses in boxes and handwritten items must be entered **MANUALLY**.

¿USTED o un MIEMBRO DE LA FAMILIA ha tenido los siguientes?

USTED		MIEMBRO DE LA FAMILIA								
ACTUALMENTE	EN EL PASADO	Padre	Madre	Abuela Maternal	Abuelo Maternal	Abuela Paternal	Abuelo Paternal	Hermano	Hermana	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Complicaciones Anestésicas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta Presión (Hipertension)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Pecho (Angina de Pecho)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque del Corazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latido del Corazón Irregular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol Alto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coágulos Sanguíneos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia (Recuento Sanguíneo Bajo)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque Fulminante (Infarto)
----- Favor de doblar en la línea punteada -----										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema / EPOC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nódulos Pulmonares
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis C
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nódulos Tiroideos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides Hiperactiva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoartritis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La Artritis Reumatoide
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piedras en el Riñón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulceras (Sangramiento)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cataratas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prueba de la Tuberculina Positiva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bipolar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los Pólipos del Colon
----- Favor de doblar en la línea punteada -----										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer del Colon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer de la Vejiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer de Piel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer de Mama
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer del Pulmón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer del Páncreas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer del Hígado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linfoma (Cáncer Linfático)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucemia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer del Tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer de la Próstata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer Cervical
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer del Ovario
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer Uterino
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer de Hueso

SAMPLE

Nombre del Paciente: _____

Historia Clínica del Paciente

Por favor conteste todas las preguntas



STAFF: Responses in boxes and handwritten items must be entered **MANUALLY**.

HISTORIA QUIRÚRGICA

Por favor indique si ha tenido alguna de las siguientes cirugías. Indique la **FECHA**.

NO HE TENIDO CIRUGÍAS

FECHA

- Apendectomía (Apéndice): _____
- Amigdalectomía (Amígdalas): _____
- Colectomía (Vesícula Biliar): _____
- Histerectomía (Extracción del Útero): _____
- Cirugía de bypass coronario: _____
- Hemorroidectomía (Eliminación de Hemorroides): _____
- Ovarios: _____
- Esplenectomía (Extirpacion del Bazo): _____
- Extirpación de los pólipos del colon: _____
- Colostomía: _____

----- Favor de doblar en la línea punteada -----

FECHA

- Marcapasos: _____
- Desfibrilador: _____
- Stent de una arteria coronaria: _____

Catarata: Izquierdo Derecho Ambos _____

Colectomía (Eliminacion del Colon): Parcial Total _____

Mastectomía: Izquierdo Derecho Ambos _____

Reparación de una hernia: Abdominal Ombligo (Umbilical) Incisional _____

Reparación de una hernia inguinal: Izquierdo Derecho Ambos _____

OTRO (favor de especificar la cirugía y la fecha): _____

PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD

----- Favor de doblar en la línea punteada -----

Indique la ultima vez que tuvo cada una de las siguientes pruebas:

	Hace un año o menos	Hace 2 años	Hace 3 años	Hace 4 años	Hace 5 años	Hace 6 años	Hace 7 años	Hace 8 años	Hace 9 años o más
Colonoscopia	<input type="radio"/>								
Examen Coprológico (Prueba para detectar sangre en las heces)	<input type="radio"/>								
Mamografía	<input type="radio"/>								
Prueba de la Densidad Mineral Ósea	<input type="radio"/>								
Prueba del Papanicolaou	<input type="radio"/>								
Examen de la Próstata	<input type="radio"/>								
Examen Ocular Diabético	<input type="radio"/>								
Detección de Glaucoma	<input type="radio"/>								
Prueba de Colesterol	<input type="radio"/>								
Radiografía del Pecho	<input type="radio"/>								
Examen Dental	<input type="radio"/>								
Examen de Salud Periódico	<input type="radio"/>								



Nombre del Paciente: _____

Historia Clínica del Paciente

Por favor conteste todas las preguntas



STAFF: Responses in boxes and handwritten items must be entered **MANUALLY**.

HISTORIA SOCIAL

TABACO

¿Cuál es su condición de fumar?	actualmente (todos los días) <input type="radio"/>	anteriormente <input type="radio"/>								
	actualmente (algunos días) <input type="radio"/>	nunca <input type="radio"/>								
¿Cuántos paquetes por día se fuma (o se fumaba)?	menos de 1 <input type="radio"/>	1-2 <input type="radio"/>	mas de 2 <input type="radio"/>							
¿Cuántos años ha fumado (o fumo)?	menos de 5 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>	15 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>	25 <input type="radio"/>	30 <input type="radio"/>	35 <input type="radio"/>	40+ <input type="radio"/>	
¿Si paro de fumar, hace que tanto paro?	menos de 5 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>	15 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>	25 <input type="radio"/>	30 <input type="radio"/>	35 <input type="radio"/>	40+ <input type="radio"/>	
¿Esta expuesto al humo de segunda mano del tabaco?									sí <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>

ALCOHOL

¿Consume alcohol?	actualmente <input type="radio"/>	en el pasado <input type="radio"/>	nunca <input type="radio"/>
	hasta 3 veces por semana <input type="radio"/>		
¿Si es así, cuanto (a consumido ahora o en el pasado)?	diariamente <input type="radio"/>	menos de una vez por semana <input type="radio"/>	
	4-6 veces por semana <input type="radio"/>	en ocasiones sociales <input type="radio"/>	

Favor de doblar en la línea punteada

¿Si paro de consumir alcohol, hace que tanto que paro?	menos de 5 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>	15 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>	25 <input type="radio"/>	30 <input type="radio"/>	35 <input type="radio"/>	40+ <input type="radio"/>
--------------------------------------------------------	----------------------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------

DROGAS

¿Ha usado drogas recreativas?	actualmente <input type="radio"/>	en el pasado <input type="radio"/>	nunca <input type="radio"/>						
	diariamente <input type="radio"/>	hasta 3 veces por semana <input type="radio"/>							
¿Si es así, cuanto uso (ahora o en el pasado)?	4-6 veces por semana <input type="radio"/>	menos de una vez por semana <input type="radio"/>							
¿Si paro, hace que tanto que paro?	menos de 5 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>	15 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>	25 <input type="radio"/>	30 <input type="radio"/>	35 <input type="radio"/>	40+ <input type="radio"/>

CAFEÍNA

¿Consume bebidas con cafeína?	actualmente <input type="radio"/>	en el pasado <input type="radio"/>	nunca <input type="radio"/>
¿Si es así, que tanto consume (ahora o en el pasado)?	diariamente <input type="radio"/>	hasta 3 veces por semana <input type="radio"/>	
	4-6 veces por semana <input type="radio"/>	menos de una vez por semana <input type="radio"/>	

EJERCICIO

¿Hace ejercicio regularmente?	actualmente <input type="radio"/>	en el pasado <input type="radio"/>	nunca <input type="radio"/>
	diariamente <input type="radio"/>	hasta 3 veces por semana <input type="radio"/>	
¿Si es así, que tanto?	4-6 veces por semana <input type="radio"/>	menos de una vez por semana <input type="radio"/>	

DEMOGRAFIA

Raza:	Indígena de los EE.UU / Indígena de Alaska <input type="checkbox"/>	Nativo de Hawai / Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/>
	Asiático <input type="checkbox"/>	Blanco / Caucásico <input type="checkbox"/>
	Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/>	Negar a contestar <input type="checkbox"/>
Étnico:	Hispano o Latino <input type="checkbox"/>	
	No Hispano o Latino <input type="checkbox"/>	Negar a contestar <input type="checkbox"/>

Favor de doblar en la línea punteada

Idioma Primaria:	Inglés <input type="checkbox"/>	Otro: _____
	Español <input type="checkbox"/>	

DIETA

Si usted esta en una dieta especial, por favor describa:

VIAJE

¿Ha viajado recientemente fuera del país?	no <input type="radio"/>
Si es así, a donde viajo:	sí <input type="radio"/>

¿Vive en mas de una ubicación durante todo el año?	no <input type="radio"/>
Si es así, por favor recuerde proporcionarnos con un contacto alternativo o proveedor.	sí <input type="radio"/>

SAMPLE