

Do not write, stamp, punch holes or affix a sticker in this area.
To reproduce, follow the printing instructions.
Do not fold this form.

Direction of Feed

Historial personal

STAFF: Handwritten items must be entered **MANUALLY**.

Favor de contestar todas las preguntas.

Instrucciones

Favor de usar un lápiz #2
Rellenar todo el óvalo como se muestra...



POR FAVOR ANOTE CON LETRA DE MOLDE EL APELLIDO DEL PACIENTE

POR FAVOR ANOTE CON LETRA DE MOLDE EL PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MES	DÍA	AÑO

Historia social

¿Cómo describiría su hábito de fumar cigarrillos?

actualmente (todos los días)

en el pasado

¿Utiliza otros productos de tabaco?

actualmente (algunos días)

nunca

¿Alguien en su hogar fuma?

actualmente

en el pasado

nunca

sí no

(Si usted marcó "nunca", por favor vaya a la sección uso de alcohol.)

¿A qué edad empezó a fumar?

10	20	30	40	50	60	70	80	90
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Si dejó de fumar, a qué edad dejó de fumar?

10	20	30	40	50	60	70	80	90
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cuántos cigarrillos fuma o fumaba al día?

10	20	30	40	50	60	70	80	90
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ejemplo

Si usted comenzó a fumar a la edad de 21 años, usted debe llenar los óvalos como este.

10	20	30
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

USO DE TABACO

USO DE ALCOHOL

OTRO

¿Consume alcohol?

actualmente

en el pasado

nunca

Si es así, ¿cuánto?

Número de bebidas:

1

2-3

4-5

6+

Por:

día

semana

mes

año

Uso de drogas intravenosas o cualquier otro uso de drogas recreativas?

actualmente

en el pasado

nunca

¿Con qué frecuencia hace ejercicio (veces por semana)?

0

ocasionalmente

1-2

3-4

5-6

7+

Cirugías

Favor de marcar todas las cirugías que ha tenido.

¿Alguna vez has tenido una transfusión de sangre?
 sí no

No he tenido cirugías

- Apendectomía
- Aumento de mama
- Tumorectomía de mama
- Reducción de mama
- Arteria carótida
- Catarata
- Colon
- Pie
- Vesícula biliar
- Derivación cardíaca

- Histerectomía (debido a cáncer)
- Histerectomía (no debido a cáncer)
- Hernia inguinal
- Extirpación del riñón
- Rodilla
- Disco de la espalda baja
- Pulmón
- Mastectomía
- Disco del cuello
- Extracción del ovario
- Marcapasos
- Próstata
- Hombro
- Sinus
- Extracción de tiroides

- Amigdalectomía
- Reemplazo total de cadera
- Reemplazo total de rodilla
- Ligadura de trompas
- Vasectomía
- Pérdida de peso

Cesárea
 1 2 3 o más

Reemplazo de válvula cardíaca
 mitral aórtico
 tricúspide valvula desconocida

Otras cirugías (especifique):

Alergias

Por favor indique todos los artículos que usted es alérgico a:

No tengo alergias a los medicamentos conocidos

- Cinta adhesiva
- Látex
- Codeína
- Acetaminofeno (Tylenol, Excedrin, etc.)
- Medio de contraste
- AINE (aspirina, ibuprofeno, etc.)
- Huevos
- Penicilina
- Yodo
- Sulfa

Otros alérgenos (especifique):

Medicamentos

Indique todos medicamentos actuales:

Actualmente estoy tomando ningún medicamento

(Incluye recetas, over-the-counter, vitaminas, hierbas y suplementos.)

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia



Do not write, stamp, punch holes or affix a sticker in this area.
To reproduce, follow the printing instructions.
Do not fold this form.

Direction of Feed

Historial personal

Favor de contestar todas las preguntas.

STAFF: Handwritten items must be entered **MANUALLY**.



Historial médico

Por favor, indique si usted tiene un historial de los siguientes:

No tengo ninguna historial médico significativa

Pasado	Actual		Pasado	Actual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Abuso de alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Presión arterial alta
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alergias / sinusal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Colesterol alto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad de Alzheimer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	VIH / SIDA
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipotiroidismo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Síndrome del intestino irritable
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Artritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cálculos renales
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer del hígado
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Desorden bipolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de pulmón
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Defectos de nacimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lupus
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedades sanguíneas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Migrañas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Coágulos de sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Esclerosis múltiple
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de mama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporosis
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cataratas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad de Parkinson
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de colon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de la próstata
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas de próstata
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EPOC / enfisema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Reflujo / ERGE
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad de la arteria coronaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fiebre reumática
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad de Crohn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Artritis reumatoide
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ataques / convulsiones
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes tipo 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad transmitida sexualmente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes tipo 2 (adulto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apnea del sueño
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Úlcera estomacal
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad del corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Embolia
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Intento de suicidio
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberculosis (TB)

Otra enfermedad, cáncer o enfermedades médicas significativas (especifique):

Historia médica de familia

Por favor, indique qué miembros de su familia han tenido estas enfermedades:

	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija
Abuso de alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedades sanguíneas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de mama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de colon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro tipo de cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EPOC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trastorno gastrointestinal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad del corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad renal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obesidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de piel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ataque fulminante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de las tiroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Historia de familiar desconocida

Ninguna historia médica de familia significativa

Madre, abuela o hermana desarrollaron enfermedad del corazón antes de los 65 años de edad.

Padre, abuelo o hermano desarrollaron enfermedad del corazón antes de los 55 años de edad.

Otro de historia familiar médica
(especifique enfermedad y miembro de la familia):

