

MRN#

Antecedentes médicos del paciente 13 años de edad o mayor



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

Instrucciones de marcado

Utilice un lápiz N° 2. Rellene el óvalo por completo como se indica...



APELLIDO DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

Mes

Día

Año

Llene este formulario de antecedentes. Esto nos permitirá satisfacer sus necesidades de salud.
La información contenida aquí es de estricta confidencialidad y no será divulgada a menos que usted nos dé autorización para aquello.

ANTECEDENTES SOCIALES

CONSUMO DE TABACO

¿Cuáles son sus hábitos de fumar? actuales (todos los días) actuales (algunos días) previos nunca
 ¿Cuántos paquetes de cigarrillos fuma (o fumaba) por día? menos de 1 1-2 más de 2
 ¿Hace cuántos años que fuma (o fumaba)? menos de 5 5 10 15 20 25 30 35 40+

¿Alguien de los integrantes de su familia fuma? sí no
 ¿Utiliza productos derivados del tabaco? actualmente en el pasado nunca

CONSUMO DE ALCOHOL

¿Consumo alcohol? actualmente en el pasado nunca
 ¿Cuántas bebidas por semana (ahora o en el pasado)? 7 o menos 8-14 15 o más

OTROS

¿Vive solo(a)? sí no
 ¿Consumo drogas intravenosas o recreacionales? actualmente en el pasado nunca
 ¿Se ha involucrado en comportamientos de alto riesgo en relación a las enfermedades de transmisión sexual? (sexo anal, actividad homosexual, parejas sexuales múltiples) actualmente en el pasado nunca
 ¿Es sexualmente activo(a)? sí no
 ¿Se ha hecho transfusiones de sangre? sí no
 ¿Visita al dentista regularmente? sí no
 ¿Tiene tatuajes? sí no
 ¿Tiene detectores de humo funcionales en su casa? sí no
 ¿Cada cuánto se ejercita? (veces por semana) ocasionalmente 0 1-2 3-4 5-6 7
 ¿Siempre utiliza el cinturón de seguridad? sí no
 ¿Tiene armas en su casa? sí no

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Marque todas las cirugías que haya tenido.

NO HE TENIDO CIRUGÍAS

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Apendectomía | <input type="radio"/> Histerectomía (no por cáncer) | <input type="radio"/> Cirugía de próstata |
| <input type="radio"/> Aumento de busto | <input type="radio"/> Cirugía de la hernia inguinal | <input type="radio"/> Cirugía del hombro |
| <input type="radio"/> Tumorectomía | <input type="radio"/> Extirpación del riñón | <input type="radio"/> Cirugía en el seno paranasal |
| <input type="radio"/> Reducción de busto | <input type="radio"/> Cirugía de rodilla | <input type="radio"/> Extirpación de la tiroides |
| <input type="radio"/> Cirugía de la arteria carótida | <input checked="" type="radio"/> Laparoscopia | <input type="radio"/> Amigdalectomía |
| <input type="radio"/> Cirugía de cataratas | <input type="radio"/> Cirugía de disco lumbar | <input type="radio"/> Reemplazo total de la cadera |
| <input type="radio"/> Colostomía | <input type="radio"/> Cirugía a los pulmones | <input type="radio"/> Reemplazo total de la rodilla |
| <input type="radio"/> Cirugía del pie | <input type="radio"/> Mastectomía | <input type="radio"/> Ligadura de trompas |
| <input type="radio"/> Cirugía de vesícula | <input type="radio"/> Cirugía discal cervical | <input type="radio"/> Vasectomía |
| <input type="radio"/> Cirugía de revascularización cardiaca | <input type="radio"/> Extirpación de ovarios | <input type="radio"/> Cirugía para adelgazar |
| <input type="radio"/> Histerectomía (debido al cáncer) | <input type="radio"/> Marcapasos | |

Intervención de cesárea: 1 2 3 o más
 Reemplazo de válvula cardiaca: mitral aórtica tricúspide válvula desconocida

Otras cirugías (especifique): _____

SAMPLE



SUS ANTECEDENTES MÉDICOS

Indique si **USTED** ha tenido alguno de los siguientes antecedentes.

Marque todo lo que corresponda. Si ninguna aplica, marque "**SIN ANTECEDENTES MÉDICOS.**"

PASADO	ACTUALMENTE	PASADO	ACTUALMENTE
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Papanicolaou anormal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Presión arterial alta
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Abuso de alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Colesterol elevado
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Alergias o alergias de cavidades sinusales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> VIH / SIDA
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Alzheimer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Hipotiroidismo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Anemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Enfermedad del intestino irritable
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Cálculos renales
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Artritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Cáncer hepático
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Asma	<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"/> Trastorno hemorrágico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Melanoma (piel)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ceguera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Migrañas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Coágulos de sangre en pulmones o piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Esclerosis múltiple
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Cáncer de seno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Osteoporosis
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Desorden bipolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Enfermedad de parkinson
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Cataratas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Cáncer de próstata
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Cáncer cervical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Problemas en la próstata
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Cáncer al colon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Paraplejía
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Cuadriplejía
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica o enfisema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Reflujo ácido / reflujo gastroesofágico crónico
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Arteriopatía 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"/> Convulsiones
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Diabetes tipo 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Enfermedades de transmisión sexual
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Diabetes tipo 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Apnea del sueño
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Glaucoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Úlcera estomacal
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Gota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Derrame cerebral o accidente cerebrovascular
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Pérdida de audición	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Intento de suicidio
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ataque al corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Tuberculosis
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Hepatitis B	<input type="radio"/> SIN ANTECEDENTES MÉDICOS	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Hepatitis C		

Otras enfermedades, cáncer o algún padecimiento médico significativo (especifique): _____

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

Indique si **SU FAMILIA** ha tenido alguno de los siguientes antecedentes.

Antecedentes familiares **DESCONOCIDO** **ADOPTADO**

Indique qué miembro(s) familiar(es) tiene(n) estas enfermedades.

	Padre	Madre	Abuela Materna	Abuelo Materno	Abuela Paterna	Abuelo Paterno	Hermano	Hermana
Abuso de alcohol	<input type="radio"/>							
Anemia	<input type="radio"/>							
Artritis	<input type="radio"/>							
Asma	<input type="radio"/>							
Desorden bipolar	<input type="radio"/>							
Trastorno hemorrágico	<input type="radio"/>							
Cáncer de mama (antes de los 50)	<input type="radio"/>							
Cáncer de mama (después de los 50)	<input type="radio"/>							
Insuficiencia cardíaca crónica	<input type="radio"/>							
Cáncer de colon (antes de los 50)	<input type="radio"/>							
Cáncer de colon (después de los 50)	<input type="radio"/>							
Enfisema pulmonar	<input type="radio"/>							
Depresión	<input type="radio"/>							
Diabetes tipo 2 (Adulto)	<input type="radio"/>							
Diabetes tipo 1	<input type="radio"/>							



MRN#

Antecedentes médicos del paciente 13 años de edad o mayor



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

Instrucciones de marcado

Utilice un lápiz Nº 2. Rellene el óvalo por completo como se indica...



APellido DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

Mes

Día

Año

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES continuado

Indique qué miembro(s) familiar(es) tiene(n) estas enfermedades.

	Padre	Madre	Abuela Materna	Abuelo Materno	Abuela Paterna	Abuelo Paterno	Hermano	Hermana
Colesterol elevado	<input type="checkbox"/>							
Hipertensión	<input type="checkbox"/>							
Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>							
Migrañas	<input type="checkbox"/>							
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>							
Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>							
Convulsiones	<input type="checkbox"/>							
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>							
NINGUNO	<input type="checkbox"/>							

La madre, abuela, o hermana desarrollaron cardiopatías antes de los 65 años de edad.

El padre, abuelo, o hermano desarrollaron cardiopatías antes de los 55 años de edad.

SALUD PREVENTIVA PARA LA MUJER (Solo mujeres)

Edad de inicio de la menstruación:	no aplica	antes de los 8	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21+
Edad de inicio de la menopausia:	no aplica	antes de los 42	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55+

ANTECEDENTES DE EMBARAZO

	0	1	2	3	4	5	6	7+
Número de embarazos:	<input type="checkbox"/>							
Número de hijos nacidos vivos:	<input type="checkbox"/>							
Número de partos de bebé muerto:	<input type="checkbox"/>							
Número de nacimientos prematuros:	<input type="checkbox"/>							
Número de abortos espontáneos:	<input type="checkbox"/>							
Número de abortos:	<input type="checkbox"/>							

Escriba la fecha de inicio de su último período menstrual:

mes / día / año

¿Está usted embarazada o posiblemente embarazada? sí no no aplica

¿Ha tenido problemas en su actividad sexual? sí no no aplica

Actualmente utiliza métodos de control de natalidad? sí no no aplica

En caso afirmativo ¿cuáles?

método del ritmo

abstinencia

dispositivo intrauterino (DIU)

esterilización quirúrgica

condón

pastillas, inyecciones, parche, anillo

otro

SALUD PREVENTIVA PARA EL HOMBRE (Solo hombres)

¿Problemas en la actividad sexual? sí no no aplica

SALUD PREVENTIVA (Hombres y mujeres)

¿HA SIDO VACUNADO EN CONTRA DE LO SIGUIENTE?

En caso afirmativo, indique la fecha aproximada

	sí	no	no lo sé	mes / día / año
Virus del papiloma humano (VPH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mes / día / año
Influenza (gripe) durante el año pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mes / día / año
Sarampión, paperas, rubeola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mes / día / año
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mes / día / año
Culebrilla (zostavax)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mes / día / año
Tétano / Difteria (adacel) en los últimos 10 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mes / día / año
Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mes / día / año
Lechina (varicela)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mes / día / año

SAMPLE



SALUD PREVENTIVA (Hombres y mujeres) continuado

Indique cuando fue la última vez que se realizaron cada una de estas pruebas aplicables:

	No aplica	1 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	10 años o más	Los resultados fueron:		
												Normales	Anormales	No lo sé
Mamografía	<input type="checkbox"/>													
Colonoscopia	<input type="checkbox"/>													
Papanicolaou	<input type="checkbox"/>													
Densitometría ósea o escáner DEXA	<input type="checkbox"/>													
Evaluación del cáncer de la próstata	<input type="checkbox"/>													
Hemocultivo de heces (sangre en heces)	<input type="checkbox"/>													
Examen de la vista	<input type="checkbox"/>													

ALERGIAS

Marque todas las alergias que haya tenido.

- NO TENGO NINGUNA ALERGIJA CONOCIDA
- Alergia a la goma látex
- Alergia al yodo a los medios de contraste
- Reacción anafiláctica a la anestesia u otra reacción a la anestesia

Enumere cualquier medicamento o inyecciones que le hayan causado reacciones negativas. Si es posible, incluya sus reacciones (urticaria, sarpullido, picazón, dolores de cabeza, náusea, diarrea, desmayo, choque, falta de aliento, etc.)

Nombre del medicamento	Reacción

MEDICAMENTOS

¿Qué medicamentos está tomando ahora?

(Incluya la receta de medicamentos de venta libre o suplementos a base de hierbas. por ejemplo, aspirina, Motrin, vitaminas, la hierba de San Juan, etc.)

NO ESTOY TOMANDO NINGÚN MEDICAMENTO, SIGUIENDO UNA RECETA U OTRA COSA ACTIVAMENTE

Nombre de la RECETA DE MEDICAMENTOS	Dosis	Frecuencia

Medicamento de venta libre o HIERBA	Dosis	Frecuencia

Durante el mes pasado, ¿ha sentido molestias con frecuencia por sentirse decaído, deprimido o sin esperanza?

sí no

Durante el mes pasado, ¿ha sentido molestias con frecuencia por sentir poco interés o placer al hacer cosas?

sí no

