

Do not write, stamp, punch holes or affix a sticker in this area.

Direction of Feed

Historial Personal / Familiar

Favor de responder todas las preguntas

To reproduce, follow the printing instructions. Do not fold this form.

Instrucciones para marcar sus respuestas

Por favor utilice un lápiz del # 2. Rellene todo el óvalo como se muestra...



FAVOR DE ESCRIBIR EL APELLIDO DEL PACIENTE CON LETRA DE MOLDE

EL NOMBRE DEL PACIENTE CON LETRA DE MOLDE

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

Mes Día Año

HISTORIAL SOCIAL

CONSUMO DE TABACO

¿Cuál es su condición de fumador? actual (todos los días) actual (algunos días) anterior nunca

¿A qué edad comenzó a fumar?

EJEMPLO
Si usted empezó a fumar a los 21 años, usted marcaría los óvalos así:

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

10	20	30	40	50	60	70	80	90
<input type="radio"/>								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Si usted dejó de fumar, ¿a qué edad lo hizo?

Actualmente, ¿cuántos cigarrillos fuma al día o cuántos cigarrillos solía fumar?

¿Cuántos puros o pipas fuma por semana?

0	<1	1-2
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-5	6-9	10+
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cuántas latas de tabaco masticable / sin humo utiliza por semana?

0	<1/2	1/2
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3+
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Está expuesto al humo pasivo (de segunda mano)?

sí no

CONSUMO DE ALCOHOL

How often do you use alcohol?

(número de veces...) nunca 1 2 3
4 5 6 7+
(por...) semana mes año

(Si marcó "nunca", por favor, pase a la sección de Consumo de Drogas)

¿Qué tipo(s) de alcohol consume?

cerveza vino licor

¿Cuántas bebidas toma en cada ocasión?

1-2 3-5 6-9 10+

¿Con qué frecuencia toma más de cinco bebidas en cada ocasión?

nunca ocasionalmente
casi nunca frecuentemente

CONSUMO DE DROGAS

ninguna actual anterior prefiero discutirlo con el médico

¿EXISTE COMPORTAMIENTO DE ALTO RIESGO DE VIH?

(Factores de Riesgo de VIH: Uso de drogas intravenosas, Más de una pareja sexual, Sexo con una prostituta, Contacto sexual sin protección, Contacto con equipo de inyección contaminado).

sí prefiero discutirlo con el médico
no

HÁBITOS

Cafeína

-tipo(s) de cafeína café té refrescos
-bebidas al día ocasionalmente 0 1-2
3-4 5-6 7+

Ejercicio

-tipo(s) de ejercicio bicicleta correr natación
caminata aeróbicos otro
-veces por semana ocasionalmente 0 1-2
3-4 5-6 7+

¿Con qué frecuencia utiliza el cinturón de seguridad?

siempre casi siempre ocasionalmente nunca

Exposición al sol:

ocasionalmente frecuentemente casi nunca



SU HISTORIAL MÉDICO

Favor de indicar si **USTED** tiene un historial o padece actualmente alguno de los siguientes. (Marque todos los que apliquen. Si no aplica ninguno, marque "NINGUNO de los Anteriores.")

PASADO	ACTUAL	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Abuso de Alcohol
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anemia
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Complicación con Anestésicos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trastorno de Ansiedad
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Artritis
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asma
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas de Autoinmunidad
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Defectos de Nacimiento
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas de la Vejiga
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trastornos de la Sangre
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Coágulos Sanguíneos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Transfusiones de Sangre
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedades Intestinales
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depresión
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trastornos del Crecimiento / Desarrollo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ataque Cardíaco
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedades Cardíacas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor / Angina de Pecho
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis A
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis B
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis C
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Presión Arterial Alta
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Colesterol Alto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	VIH
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Urticaria
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad de los Riñones
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedades Hepáticas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trastornos Respiratorios
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad mental
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Migrañas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporosis
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Reflujo / GERD
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ataques / Convulsiones
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Reacción Alérgica Severa / Anafilaxia
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedades de Transmisión sexual
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Derrame Cerebral
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Intento de Suicidio
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trastornos de la Tiroides
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Úlceras
	<input type="radio"/>	NINGUNO de los Anteriores

HISTORIAL DE CÁNCER

Favor de indicar si **USTED** tiene un historial o padece actualmente alguno de los siguientes cánceres. (Marque todos los que apliquen. Si no aplica ninguno, marque "Ningún Cáncer.")

PASADO	ACTUAL	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de Vejiga
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de Seno
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer Cervical
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de Colon
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de Riñón
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leucemia
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de Hígado
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de Pulmón
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Melanoma
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Linfoma No-Hodgkin
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de Páncreas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de Próstata
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer Rectal
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de Piel
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de Tiroides
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer Uterino
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Otro Tipo de Cáncer
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ningún Cáncer

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

Favor de indicar si **SU FAMILIA** tiene un historial de los siguientes. (SOLAMENTE incluya a padres, abuelos, hermanos e hijos. Si no aplica ninguno, marque "NINGUNO.")

- HISTORIAL FAMILIAR DESCONOCIDO**
- Abuso de Alcohol
- Anemia
- Complicación con Anestésicos
- Artritis
- Asma
- Problemas de la Vejiga
- Trastornos de la Sangre
- Cáncer de Seno
- Cáncer de Colon
- Depresión
- Diabetes
- Enfermedades Cardíacas
- Presión Arterial Alta
- Colesterol Alto
- Enfermedad de los Riñones
- Trastornos Respiratorios
- Migrañas
- Osteoporosis
- Cáncer Rectal
- Ataques / Convulsiones
- Reacción Alérgica Severa / Anafilaxia
- Derrame Cerebral
- Trastornos de la Tiroides
- Otro Tipo de Cáncer
- NINGUNO**

