

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

Historial Del Paciente

Favor de responder todas las preguntas

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



Instrucciones

Favor de usar lapiz #2 completar el ovalo asi como se muestra



APELLIDO DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

INICIALES

FECHA DE NACIMIENTO

Mes

Dia

Ano

Historial Social

USO DE TABACO

¿Cuál es su situación actual con respecto a fumar? actualmente (todos los días) en el pasado

Si su respuesta es "nunca", favor de saltar a la pregunta "Alguien en su casa fuma?" actualmente (algunos días) nunca

¿Cuántos paquetes por día se fuma (o se fumaba)? menos de 1 1-2 más de 2

¿Si paro de fumar, hace que tanto paro? menos de 5 5 10 15 20 25 30 35 40 o más

¿Alguien de los integrantes de su familia fuma? sí no

¿Utiliza productos derivados del tabaco? actualmente en el pasado nunca

USO 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

OTRO

¿Consumo drogas intravenosas o recreacionales? actualmente en el pasado nunca

¿Se ha hecho transfusiones de sangre? sí no

¿Cada cuánto se ejercita? (veces por semana) ocasionalmente 1 a 2 5 a 6

0 3 a 4 7

¿Siempre utiliza el cinturón de seguridad? sí no

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Marque todas las cirugías que haya tenido

NO HE TENIDO CIRUGÍAS

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Apendectomía | <input type="radio"/> Histerectomía (no debido al cáncer) | <input type="radio"/> Próstata |
| <input type="radio"/> Aumento de busto | <input type="radio"/> Hernia inguinal | <input type="radio"/> 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"/> Rodilla | <input type="radio"/> Extirpación de la tiroides |
| <input type="radio"/> Cirugía de la arteria carótida | <input type="radio"/> Cirugía de disco lumbar | <input type="radio"/> Amigdalectomía |
| <input type="radio"/> Catarata | <input type="radio"/> Pulmon | <input type="radio"/> Reemplazo total de la cadera |
| <input type="radio"/> Pie | <input type="radio"/> Mastectomía | <input type="radio"/> Reemplazo total de rodilla |
| <input type="radio"/> Vesícula | <input type="radio"/> Cirugía discal cervical | <input type="radio"/> Ligadura de trompas |
| <input type="radio"/> Cirugía de revascularización cardiaca | <input type="radio"/> Eliminación de ovario(s) | <input type="radio"/> Vasectomía |
| <input type="radio"/> Histerectomía (debido al cáncer) | <input type="radio"/> Marcapasos | <input type="radio"/> Cirugía para adelgazar |

Cesárea 1 2 3 o más

Remplazo de válvula del cardiaca mitral aórtica tricúspide válvula desconocida

Otras cirugías (favor de especificar)

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

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

Historial Del Paciente

Favor de responder todas las preguntas

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



SUS ANTECEDENTES MÉDICOS

Indique si USTED ha tenido alguno de los siguientes antecedentes

SIN ANTECEDENTES MÉDICOS

Pasado	Actualmente		Pasado	Actualmente	
<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 / nasal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Colesterol elevado
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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"/>	Enfermedad 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 de hígado
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Defectos de nacimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de pulmón
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trastorno hemorrágico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lupus
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Coágulos de sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Migrañas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de mama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Esclerosis múltiple
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Desorden bipolar	<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 próstata
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas de la próstata
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EPOC / enfisema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Reflujo gastroesofágico
<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"/>	Enfermedad de transmisión sexual
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes tipo 2 (aparición en adulto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apnea del sueño
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Úlceras estomacales
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ataque al corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Derrame cerebral (o accidente cerebrovascular)
<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

Otras enfermedades, cáncer o alguna padecimiento médico significativo (especifique)

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

Indique si SU FAMILIA ha tenido alguno de los siguientes antecedentes

- ADOPTADO
- ANTECEDENTES FAMILIARES DESCONOCIDO
- SIN PROBLEMAS MÉDICOS FAMILIARES

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.

	Padre	Madre	Abuela (materna)	Abuelo (materna)	Abuela (paterno)	Abuelo (paterno)	Hermano	Hermana
Abuso de alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desorden bipolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trastorno hemorrágico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EPOC / enfisema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes tipo 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes Tipo 2 (aparición en adulto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colesterol elevado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Convulsiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accidente cerebrovascular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de pulmón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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