

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

Direction of Feed

Historial personal / de familia

Favor de contestar todas las preguntas.

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

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

Uso de tabaco

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

no frecuentemente
mínimamente diariamente

Por favor, marque los productos de tabaco que utiliza usted:

pipa tabaco
puros tabaco sin humo / de mascar

¿Cuál es su situación actual con respecto a fumar?

nunca actualmente (algunos días)
en el pasado actualmente (todos los días)

(Si usted marcó "nunca" o "en el pasado", por favor vaya a la sección **Uso de alcohol**.)

¿Cuántas cajetillas consume al día?

<1 1 1.5
2 2.5 3
3.5 4 4+

¿Hace cuántos años que fuma?

<1 1 2 3 4
5 6 7 8 9
10 11 12 13 14
15 16 17 18 19
20 21 22 23 24
25 26 27 28 29
30 30+

¿Alguna de estas situaciones le es familiar a usted?

Me gustaría dejar de fumar.
Nunca he intentado dejar de fumar.
He intentado dejar de fumar sin éxito.

Uso de alcohol

¿Con qué frecuencia consume alcohol?

nunca moderadamente lo dejé últimamente
de vez en cuando en exceso lo dejé hace mucho tiempo

Tipo(s):

cerveza vino licor

Consumo de drogas

¿Con qué frecuencia usa drogas ilícitas?

nunca semanalmente lo dejé últimamente
solo socialmente mensualmente lo dejé hace mucho tiempo
diariamente una vez al año prefiero hablar con el médico

Tipo(s):

crack heroína marijuana
cocaína calmantes drogas por suero estimulantes

Cafeína

¿Consume alguno de estos?

té
café
refrescos / bebidas gaseosas

Número de bebidas al día:

nunca 1 2 3 4
5 6 7 8 8+

Ejercicio

Número de veces a la semana que hace ejercicio:

nunca (inactivo) 1 2 3
4 5 6 diariamente

Tipo(s):

caminar yoga deportes en equipo
correr estiramiento jardinería
andar en bicicleta clases de ejercicio trabajo doméstico

Uso de cinturón de seguridad

siempre de vez en cuando
casi siempre nunca



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

Direction of Feed

Historial personal / de familia

Favor de contestar todas las preguntas.

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

Su historial médico del pasado

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

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Abuso de alcohol | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Enfermedad mental |
| <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Trastornos de crecimiento / desarrollo | <input type="radio"/> Migrañas |
| <input type="radio"/> Complicaciones anésteas | <input type="radio"/> Ataque del corazón | <input type="radio"/> Osteoporosis |
| <input type="radio"/> Trastorno de ansiedad | <input type="radio"/> Enfermedad del corazón | <input type="radio"/> Cáncer de la próstata |
| <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> Dolor del corazón / angina | <input type="radio"/> Cáncer rectal |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Hepatitis A | <input type="radio"/> Reflujo / ERGE |
| <input type="radio"/> Problemas autoinmunes | <input type="radio"/> Hepatitis B | <input type="radio"/> Ataques / Convulsiones |
| <input type="radio"/> Defectos de nacimiento | <input type="radio"/> Hepatitis C | <input type="radio"/> Alergias severas |
| <input type="radio"/> Problemas de la vejiga | <input type="radio"/> Presión arterial alta | <input type="radio"/> Enfermedad transmitida sexualmente |
| <input type="radio"/> Enfermedades sanguíneas | <input type="radio"/> Colesterol alto | <input type="radio"/> Cáncer de piel |
| <input type="radio"/> Coágulos de sangre | <input type="radio"/> VIH | <input type="radio"/> Embolia |
| <input type="radio"/> Transfusión de sangre | <input type="radio"/> Urticaria | <input type="radio"/> Intento de suicidio |
| <input type="radio"/> Enfermedad inflamatoria intestinal | <input type="radio"/> Enfermedad renal | <input type="radio"/> Problemas de las tiroides |
| <input type="radio"/> Cáncer de mama | <input type="radio"/> Cáncer del hígado | <input type="radio"/> Úlcera |
| <input type="radio"/> Cáncer de cuello uterino | <input type="radio"/> Enfermedades del hígado | <input type="radio"/> Otra enfermedad, cáncer o enfermedades médicas significativas |
| <input type="radio"/> Cáncer de colon | <input type="radio"/> Cáncer de pulmón | <input type="radio"/> Ninguna de las anteriores |
| <input type="radio"/> Depresión | <input type="radio"/> Pulmón / enfermedades respiratorias | |

Historia médica de familia

- Historia de familiar desconocida Ninguna historia médica de familia significativa

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

	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija
Abuso de alcohol	<input type="radio"/>					
Anemia	<input type="radio"/>					
Complicaciones anésteas	<input type="radio"/>					
Artritis	<input type="radio"/>					
Asma	<input type="radio"/>					
Problemas de la vejiga	<input type="radio"/>					
Enfermedades sanguíneas	<input type="radio"/>					
Cáncer de mama	<input type="radio"/>					
Cáncer de colon	<input type="radio"/>					
Depresión	<input type="radio"/>					
Diabetes	<input type="radio"/>					
Enfermedad del corazón	<input type="radio"/>					
Presión arterial alta	<input type="radio"/>					
Colesterol alto	<input type="radio"/>					
Enfermedad renal	<input type="radio"/>					
Pulmón / enfermedades respiratorias	<input type="radio"/>					
Migrañas	<input type="radio"/>					
Osteoporosis	<input type="radio"/>					
Cáncer rectal	<input type="radio"/>					
Ataques / Convulsiones	<input type="radio"/>					
Alergias severas	<input type="radio"/>					
Embolia	<input type="radio"/>					
Problemas de las tiroides	<input type="radio"/>					
Otros tipos de cáncer	<input type="radio"/>					

- Madre, abuela o hermana desarrollaron enfermedad cardiaca antes de la edad de 65 años.
 Padre, abuelo o hermano desarrollaron enfermedad cardiaca antes de la edad de 55 años.

