

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

Direction of Feed

Historial Familiar / Personal

Favor de contestar todas las preguntas.

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

Instrucciones

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



POR FAVOR IMPRIME EL APELLIDO DEL PACIENTE

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

IMPRIME EL PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE

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

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

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

MES

DÍA

AÑO

Uso de Tabaco

¿Cómo describiría su hábito de fumar cigarrillos? actualmente (todos los días) actualmente (algunos días) en el pasado nunca

¿A qué edad empezó a fumar?

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

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

¿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

¿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

¿Cuántos cigarros o pipas fuma usted 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"/>

¿Cuantas latas de tabaco sin humo / de mascar usa a la 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 usted expuesto al humo pasivo (segunda mano)?

sí no

Uso de Alcohol

¿Que tan seguido bebe alcohol? (Número de veces...) nunca 1 2 3 4 5 6 7+
(Por...) semana mes año

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

¿Qué tipos de alcohol consume? cerveza vino licor

¿Cuántas bebidas alcohólicas toma por ocasión? 1-2 3-5 6-9 10+

¿Con qué frecuencia tiene más de cinco bebidas alcohólicas por ocasión? nunca de vez en cuando raramente frecuentemente

Consumo de Drogas ninguna actualmente en el pasado prefiero hablar con el médico

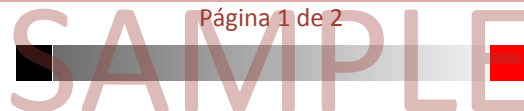
¿Comportamiento de Alto Riesgo para VIH? sí prefiero hablar con el médico
(Factores de riesgo de VIH: Uso de drogas intravenosas, más de una pareja sexual, relaciones sexuales con una prostituta, el contacto sexual sin protección, contacto con equipo de inyección contaminada.)
no

Hábitos
Cafeína -tipo(s) de cafeína café té refrescos
de vez en cuando 0 1-2
-bebidas por día 3-4 5-6 7+

Ejercicio
-tipo(s) de ejercicio andar en bicicleta correr nadar
caminar aeróbica otros
-veces por semana de vez en cuando 0 1-2
3-4 5-6 7+

¿Con qué frecuencia se pone el cinturón de seguridad? siempre casi siempre de vez en cuando nunca

Exposición al sol de vez en cuando frecuentemente raramente



SU Historial Médico

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

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Abuso de alcohol | <input type="radio"/> Presión Arterial Alta |
| <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Colesterol Alto |
| <input type="radio"/> Complicaciones Anésteas | <input type="radio"/> VIH |
| <input type="radio"/> Trastorno de Ansiedad | <input type="radio"/> Urticaria |
| <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> Enfermedad Renal |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Cáncer del Hígado |
| <input type="radio"/> Problemas Autoinmunes | <input type="radio"/> Enfermedades del Hígado |
| <input type="radio"/> Defectos de Nacimiento | <input type="radio"/> Pulmón / Enfermedades Respiratorias |
| <input type="radio"/> Problemas de la Vejiga | <input type="radio"/> Cáncer de Pulmón |
| <input type="radio"/> Enfermedades Sanguíneas | <input type="radio"/> Enfermedad Mental |
| <input type="radio"/> Coágulos de Sangre | <input type="radio"/> Migrañas |
| <input type="radio"/> Transfusión de Sangre | <input type="radio"/> Osteoporosis |
| <input type="radio"/> Enfermedad Inflamatoria Intestinal | <input type="radio"/> Cáncer de la Próstata |
| <input type="radio"/> Cáncer de Mama | <input type="radio"/> Cáncer Rectal |
| <input type="radio"/> Cáncer de Cuello Uterino | <input type="radio"/> Reflujo / ERGE |
| <input type="radio"/> Cáncer de Colon | <input type="radio"/> Ataques / Convulsiones |
| <input type="radio"/> Depresión | <input type="radio"/> Alergias Severas |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Enfermedad Transmitida Sexualmente |
| <input type="radio"/> Crecimiento / Desarrollo Trastornado | <input type="radio"/> Cáncer de Piel |
| <input type="radio"/> Ataque del Corazón | <input type="radio"/> Embolia |
| <input type="radio"/> Enfermedad del Corazón | <input type="radio"/> Intento de Suicidio |
| <input type="radio"/> Dolor del Corazón / Angina | <input type="radio"/> Problemas de las Tiroides |
| <input type="radio"/> Hepatitis A | <input type="radio"/> Ulcera |
| <input type="radio"/> Hepatitis B | <input type="radio"/> Otra Enfermedad, Cáncer o |
| <input type="radio"/> Hepatitis C | <input type="radio"/> Enfermedades Médicas Significativas |
| | <input type="radio"/> Ninguna de las Anteriores |

Historia Médica Familiar

Por favor, indique si **SU FAMILIA** tiene un historial de lo siguiente:
(**SÓLO** incluya a los padres, abuelos, hermanos e hijos)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Historia Familiar Desconocido | |
| <input type="radio"/> Abuso de alcohol | <input type="radio"/> Presión Arterial Alta |
| <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Colesterol Alto |
| <input type="radio"/> Complicaciones Anésteas | <input type="radio"/> Enfermedad Renal |
| <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> Pulmón / Enfermedades Respiratorias |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Migrañas |
| <input type="radio"/> Problemas de la Vejiga | <input type="radio"/> Osteoporosis |
| <input type="radio"/> Enfermedades Sanguíneas | <input type="radio"/> Cáncer Rectal |
| <input type="radio"/> Cáncer de Mama | <input type="radio"/> Ataques / Convulsiones |
| <input type="radio"/> Cáncer de Colon | <input type="radio"/> Alergias Severas |
| <input type="radio"/> Depresión | <input type="radio"/> Embolia |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Problemas de las Tiroides |
| <input type="radio"/> Enfermedad del Corazón | <input type="radio"/> Otros tipos de Cáncer |
| <input type="radio"/> Ninguna de las Anteriores | |
| <input type="radio"/> Madre, abuela o hermana desarrollaron enfermedad cardiaca antes de la edad de 65 años. | |
| <input type="radio"/> Padre, abuelo, hermano o desarrollaron enfermedad cardiaca antes de la edad de 55 años. | |