

HISTORIA de PACIENTE

Nombre		Fecha de Nacimiento	
Dirección/domicilio:			
Ciudad		Estado/Codigo	
Teléfono de Casa		Teléfono de Trabajo	
Teléfono de Celular			
Empleador			
Nombre de Seguro		Numero del Policia	Numero de grupo
Teléfono de Seguro		Nombre del Garantor	
Fecha de Nacimiento del Garantor		Seguro Social del garantor	
Nombre de Esposo		Contacto de Emergencia	
Referido por:		Relacion	
Como supo de nosotros?	Teléfono de Trabajo	Teléfono de Casa	
Por favor describe su problema. Incluye donde está, que grave es, y por cuanto tiempo está molestando:			

Si usted se siente incomodo con alguna pregunta puede dejar de poner respuesta y hablar con su médico o enfermera.

Historia Ginecología

	Notas del Médico
Ultimo Menstruación normal (fecha de primer día):	
Edad de inicio mensturacion:	
Cuanto tiempo duran (Cuantos días de sangradas)	
Cuantos días entre menstruaciones:	
Cambios recientes en menstruaciones:	
Esta usted activa sexualmente?	
Ha tenido relaciones sexuales?	
Numero de personas con quien ha tenido relaciones sexuales:	
Parejas sexuales son con <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> los dos	
Método anticonceptivo:	
Ha usado dispositivo intrauterino (IUD) o anticonceptivo oral?	
Por cuánto tiempo?	
Cuando fue so ultimo preba de papanicolaou?	
Cuales fueron los resultados?	
Ha tenido usted un Papanicolaou anormal?	
Usted se hace examines de mama sola?	
Ha sido expuesta a Diethylstilbestrol (HES)?	

HISTORIA de PACIENTE (Continuado)

Nombre de paciente _____

Fecha De Nacimiento _____

Fecha _____

Historia Obstétrica

Embarazos		Numero	Abortos		Numero	Abortos Involuntarios		Numero
Nacimientos Prematuros			Nacimientos Vivos			Niños Vivos		
Fecha De Nacimiento	Peso al nacer	Sexo de Bebe	Semanas Embarazada	Tipo de nacimientos (vaginal, cesárea, etc.)	Notas Del Médico			
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
Cualquier complicación del embarazo?								
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Alta presión/hipertensión <input type="checkbox"/> Pre-Eclampsia/toxemia <input type="checkbox"/> Otro								
Algun historia de depression antes o después de ser embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Como fue tratado?								

Medicinas Actuales

(incluido: hormonas, vitaminas, hierbas, y medicinas sin receta)

Droga	Dosificación	Quien receto el medicamento	Droga	Dosificación	Quien receto el medicamento

Historia Familiar

Madre: Viva		Fallecida/Causo:		Edad:		Padre: Viva		Fallecido/Causo:		Edad:	
Hermanos: # Vivos		# Fallecidos-Causo:		Edad:		Hijos/Hijas: # Vivos		# Fallecidos-Causo:		Edad:	
Enfermedad	Sí	Cual familiar/edad de inicio				Notas del Médico					
Diabetis	<input type="checkbox"/>										
Embolio	<input type="checkbox"/>										
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>										
Coágulos de sangre en las piernas or pulmones	<input type="checkbox"/>										
Alta Presión	<input type="checkbox"/>										
Alta Colesterol	<input type="checkbox"/>										
Osteoposrosis	<input type="checkbox"/>										
Hepatitis	<input type="checkbox"/>										
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>										
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>										
Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/>										
Problemas con drogas o alcohol	<input type="checkbox"/>										
Cáncer de mama	<input type="checkbox"/>										
Cáncer de colon	<input type="checkbox"/>										
Cáncer de ovario	<input type="checkbox"/>										
Cáncer de uterino	<input type="checkbox"/>										
Enfermedad Mental/depression	<input type="checkbox"/>										
Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/>										
Otro	<input type="checkbox"/>										

Nombre de paciente

Fecha De Nacimiento

ID #:

Fecha

Historia Social

	Si	No	Notas Del Medico
Ha fumado? Fuma al presente? Paquetes al día: _____ Años: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bebidas alcohólicas diarias: ___ por semana: ___ Tipo de bebida _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso del cinturón de seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ejercicio Regular: Cuanto tiempo? _____ Con qué Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La ingesta de productos lácteos/suplementos de calcio: Ingesta diaria: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Riesgos para la salud en casa y trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha estado abusada sexualmente, amenazada or herida por algún persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiene usted un testamento vital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Es usted un donante de órganos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Perfil Personal

Historia Clínica Marque todas las que se apliquen a usted si está experimentando ahora o nunca han

<input type="checkbox"/> Alta presión	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazón
<input type="checkbox"/> Falta de Aliento	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Aumento de peso	<input type="checkbox"/> Perdida de peso
<input type="checkbox"/> Enfermedad de sangre	<input type="checkbox"/> Hinchazón de tobillos	<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Fiebre Rumatica	<input type="checkbox"/> Urina frecuentemente
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Cálculos Renales	<input type="checkbox"/> Dificultad para orinar
<input type="checkbox"/> Enfermedades venereas	<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Tos persistente	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Alergia al polen	<input type="checkbox"/> Malestar abdominal	<input type="checkbox"/> Vomito	<input type="checkbox"/> Hepatitis or ictericia	<input type="checkbox"/> Hemorroides
<input type="checkbox"/> Cambio en evacuaciones	<input type="checkbox"/> Sangre en heces	<input type="checkbox"/> Indigestion	<input type="checkbox"/> Problemas de baja espalda	<input type="checkbox"/> Gota
<input type="checkbox"/> Constipación	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Ulcera	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides		<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesicular biliar		<input type="checkbox"/> Otro _____		

Quando Fue su última evaluación:

<input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou _____	<input type="checkbox"/> Examen de colesterol _____	<input type="checkbox"/> Mamografía _____
<input type="checkbox"/> Preba de cáncer del colon _____	<input type="checkbox"/> Examen de mama _____	
<input type="checkbox"/> Examen fisico _____		

Hospitalización/Cirugías:

Ninguno

Imunizaciones: (Marque todas las que se apliquen y la fecha)

Hepatitis B <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Tétanos _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
Pnemovax <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	
Influenza <input type="checkbox"/> _____		

Formulario completado por: Paciente Enfermera de la oficina Médico Otro

Firma del Paciente: _____

Fecha de examinaicon por el Medico con el Paciente: / / Physician Signature

Revisión anual de la historia

Fecha De Reviso: / /	Physician Signature
Fecha De Reviso: / /	Physician Signature
Fecha De Reviso: / /	Physician Signature
Fecha De Reviso: / /	Physician Signature
Fecha De Reviso: / /	Physician Signature