HistorIAL DE SALUD

**PaCientEs MAYORES DE 12 AÑOS**

**Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Si es paciente establecido,** por favor marque el cuadro y ponga sus iniciales si su historial de salud NO ha cambiado en los últimos 12 meses \_\_\_\_

**Farmacia de su preferencia**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ciudad, estado**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Medicamentos / Suplementos:** | **Dosis/mg, mcg, etc. y frecuencia:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Alergias:** | **Reacciones:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**¿Está al día con sus vacunas?:**  SÍ  NO  NO ESTOY SEGURO(A)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Historial de salud general, marque si ha tenido algo de lo siguiente:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Artritis o gota | | |  | Trastorno bipolar | | | | |  | | Embolia o derrame cerebral | | | | |  | Problemas de la tiroides | |  |
| Asma/EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)/Enfisema | | |  | TDAH (Trastorno déficit de atención e hiperactividad) | | | | |  | | Enfermedad del corazón | | | | |  | LES (Lupus) | |  |
| Alergias | | |  | Trastorno alimenticio | | | | |  | | Colesterol alto | | | | |  | Esclerosis múltiple | |  |
| Problemas de la vejiga / Enfermedad de los riñones | | |  | TEPT (Trastorno por estrés postraumático) | | | | |  | | Presión arterial alta | | | | |  | Problemas de la piel | |  |
| Coágulos en brazos/piernas/pecho | | |  | Psicosis | | | | |  | | Enfermedad de la vesícula biliar o del hígado | | | | |  | Tuberculosis | |  |
| Enfermedad de los senos | | |  | Intento de suicidio | | | | |  | | Problemas intestinales o estomacales | | | | |  | Fiebre reumática | |  |
| Cáncer | | |  | Epilepsia/Convulsiones | | | | |  | | Problemas de la matriz (útero) o de los ovarios | | | | |  | Culebrilla | |  |
| Abuso de sustancias | | |  | Problemas de los ojos | | | | |  | | Problemas de la próstata | | | | |  | SIDA/VIH | |  |
| Depresión/Ansiedad | | |  | Dolores de cabeza | | | | |  | | Diabetes Tipo 1 o 2 | | | | |  | Historial de quimioterapia o radiación | |  |
| ¿Ha tenido alguna otra enfermedad grave que no está en esta lista? Si es así, por favor describa: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Historial quirúrgico** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fecha** | **Tipo de cirugía o procedimiento** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Historial de hospitalizaciones médicas y psiquiátricas** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fecha** | **Razón de la hospitalización** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Procedimientos preventivos** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Para todos los pacientes** | | | | | | | | | | | | | **Fecha y resultado** | | | | | | |
| ¿Alguna vez se ha hecho una colonoscopía? | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO Fecha: | | | | | | |
| ¿Última vez que se hizo una prueba del VIH? (Virus que causa el SIDA) | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Para mujeres solamente** | | | | | | | | | | | | | **Fecha y resultado** | | | | | | |
| ¿Cuándo se hizo su último Papanicolaou? | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| * ¿Alguna vez le ha salido anormal un Papanicolaou? | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | | |
| ¿Cuándo se hizo su última mamografía? | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| * ¿Alguna vez le ha salido anormal una mamografía? | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | | |
| **Historial y antecedentes familiares** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Familiar** | | **Estatus** | | | | **¿Edad?** | | | | **Enfermedades físicas y mentales** | | | | | | | | | |
| Padre | | Vive / Falleció | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |
| Madre | | Vive / Falleció | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |
| Abuelo paterno | | Vive / Falleció | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |
| Abuela paterna | | Vive / Falleció | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |
| Abuelo materno | | Vive / Falleció | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |
| Abuela materna | | Vive / Falleció | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |
| Hermana(s) | | Vive(n) / Fallecieron | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |
| Hermano(s) | | Vive(n) / Fallecieron | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |
| Hijos/hijas | | Vive(n) / Fallecieron | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |
| Otros parientes | | Viven / Fallecieron | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |
| **Historial social** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene acceso a comida todos los días? | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| ¿Tiene acceso a vivienda segura? | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| ¿Tiene acceso a un transporte para poder ir a sus citas médicas? | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| Si tiene pistolas en su casa, ¿están bajo llave y descargadas? | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| ¿Alguna vez ha sido forzado(a) a tener relaciones sexuales? | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| ¿Alguna vez alguien le ha pegado, abofeteado, pateado, sacudido o lastimado? | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| ¿En este momento hay alguien que lo(a) haga sentirse inseguro(a)? | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| ¿Sufre (o ha sufrido) violencia doméstica? | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| ¿Sufre (o ha sufrido) abuso sexual? | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| **Planificación familiar** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Actualmente tiene (o ha tenido) actividad sexual? | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | | | |
| ¿Cuántas parejas ha tenido en los últimos 60 días? | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| * ¿Pareja nueva en los últimos 60 días? | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | | | |
| ¿Alguna vez ha tenido una ITS (infección de transmisión sexual)? | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | | | |
| * ¿Cuál ITS ha tenido? | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| * ¿Cuándo se la diagnosticaron? | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| * ¿Qué tipo de tratamiento recibió? | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| ¿Alguna vez usted o su pareja sexual ha(n) intercambiado sexo por drogas o dinero? | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | |
| ¿Alguna vez usted o su pareja sexual ha(n) usado agujas para las drogas? | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | |
| ¿Alguna vez usted o su pareja sexual ha(n) recibido una transfusión de sangre, trasplante de tejidos u órganos o inseminación artificial? | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | |
| * Si es así, por favor explique y proporcione fechas: | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Sus parejas son del sexo: Masculino Femenino De los dos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alguna vez tiene: Sexo oral (Doy Recibo) Sexo anal (Doy Recibo) Sexo vaginal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Planea tener hijos en el futuro? | | | | | Dentro de:  0-1 año  2-4 años  4 años o más  No hay planes actualmente | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Qué método(s) anticonceptivo(s) está usando ahora? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Para menores de 18 años:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Hay un adulto con el cual te sientas cómodo(a) hablando de la sexualidad? | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | |
| ¿Hablaste con tus padres acerca de esta cita? | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Alguna vez ha tenido algo de lo siguiente? | | | | | ¿Anomalía del pene? ¿Desecho del pene? ¿Actualmente lo tiene?  ¿Llagas en el pene? ¿Actualmente tiene?  ¿Llagas o bolitas en el escroto? ¿Actualmente las tiene? | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿A qué edad tuvo la primera menstruación? | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| ¿A qué edad dejó de menstruar? | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| ¿Ha tenido relaciones sin usar un anticonceptivo desde su última menstruación? | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | |
| * Si es así, ¿cuándo? | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HOMBRES**

**MUJERES**

Firma del médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_