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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_