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 colonoscopia?	☐ 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

HOMBRES

¿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?
---	---

MUJERES

¿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: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____