

HISTORIAL DE SALUD PARA PACIENTES NUEVOS

NOMBRE: _____ **FECHA DENACIMIENTO:** _____

Fecha del último examen físico: _____ Fecha del último examen dental: _____

Proveedor: _____ Dentista: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

MEDICAMENTOS (incluso medicamentos sin receta, vitaminas, y suplementos):

ALERGIAS (incluso a medicamentos, alimentos, o cosas en el medio ambiente):

- | | | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NINGUNA ALERGIA CONOCIDA | <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Barbitúricos | <input type="checkbox"/> Yodo | <input type="checkbox"/> Látex/caucho |
| <input type="checkbox"/> Anestesia local | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Metales | <input type="checkbox"/> Sedantes | <input type="checkbox"/> Sulfa |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | | | | |

¿Ud. toma, o ha tomado en cualquier momento, drogas bifosfonatas (por ej., Fosamax, Actonel, Boniva)? **SÍ** **NO**

¿En algún momento ha tenido que estar **hospitalizado**? **SÍ** **NO**
Si sí, ¿para qué? _____

¿Ud. ha tenido **cirugías**?..... **SÍ** **NO**
Si sí, ¿para qué? _____

¿Cuándo fue su última **colonoscopia**? _____

¿Cuándo fue su última vacuna contra el **tétanos**? _____

*** SOLAMENTE LAS MUJERES ***

¿Está embarazada o piensa que puede estar embarazada? **SÍ** **NO**

¿Está amamantando actualmente? **SÍ** **NO**

¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou? _____ ¿Ha salido anormal una prueba? **SÍ** **NO**

¿Cuándo fue su último mamograma? _____ ¿Ha salido anormal un mamograma? **SÍ** **NO**

Reviewed by provider (initials): _____
Revisado por el proveedor (iniciales)

HISTORIAL MÉDICO

CORAZÓN / VASOS SANGUÍNEOS <input type="checkbox"/> NADA <input type="checkbox"/> Angina (dolor del pecho) <input type="checkbox"/> Defecto congénito <input type="checkbox"/> Endocarditis <input type="checkbox"/> Ataque al corazón _____ (fecha) <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón _____ (fecha) <input type="checkbox"/> Alta presión <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> Soplo (murmullo) <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Derrame cerebral (stroke) _____ (fecha) Otro: _____	PULMONES <input type="checkbox"/> NADA <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> EPOC (COPD) <input type="checkbox"/> Tos con sangre <input type="checkbox"/> Tos persistente <input type="checkbox"/> Corto de respiración <input type="checkbox"/> Tuberculosis Otro: _____	BOCA / DIENTES <input type="checkbox"/> NADA <input type="checkbox"/> Encías que sangran <input type="checkbox"/> Apretar/rechinar los dientes <input type="checkbox"/> Dificultad para masticar <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula <input type="checkbox"/> Dolor / Hinchazón <input type="checkbox"/> Sensibilidad <input type="checkbox"/> Llagas en la boca Otro: _____
ESTÓMAGO / INTESTINOS <input type="checkbox"/> NADA <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> ERGE (GERD) (Acidez / Reflujo ácido) <input type="checkbox"/> Hepatitis A B C <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Úlceras del estómago <input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa Otro: _____	ENDOCRINO <input type="checkbox"/> NADA <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1 2 <input type="checkbox"/> Tiroides hiperactiva (hipertiroidismo) <input type="checkbox"/> Tiroides hipoactiva (hipotiroidismo) Otro: _____	SEXUAL <input type="checkbox"/> NADA <input type="checkbox"/> SIDA / VIH <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> VPH Otro: _____
HUESOS / MÚSCULOS / ARTICULACIONES <input type="checkbox"/> NADA <input type="checkbox"/> Dolor crónico <input type="checkbox"/> Reemplazo de una articulación (qué articulación y cuándo) _____ <input type="checkbox"/> Osteoartritis <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> Trastorno de la ATM Otro: _____	CEREBRO / EMOCIONES / NERVIOS <input type="checkbox"/> NADA <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> TEPT (PTSD) Otro: _____	OTRO <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones <input type="checkbox"/> Otra(s) condición(es): _____ _____ Cáncer (tipo): _____ _____

HISTORIAL SOCIAL

¿Exposición a sustancias peligrosas? **SÍ** **NO** Especificar: _____
 ¿Usa productos de tabaco? **SÍ** **NO** Tipo: _____ ¿Cuánto? ¿Por cuánto tiempo? _____
 ¿Con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas? _____ # de bebidas cada día _____ Tipo: _____
 ¿En algún momento usó drogas de la calle? **SÍ** **NO** Tipo: _____
 ¿Toma bebidas con cafeína? **SÍ** **NO** Tipo: _____
 ¿Toma bebidas que contienen azúcar? **SÍ** **NO** Tipo: _____
 ¿Sigue una dieta especial? **SÍ** **NO** Tipo: _____
 ¿Hace ejercicio? **SÍ** **NO** ¿Qué tipo?/ ¿Con qué frecuencia? _____
 ¿Cuál es el grado más alto que ha completado en la escuela? _____

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

Reviewed by provider (initials): _____
 Revisado por el proveedor (iniciales)