

## 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"/> <b>NINGUNA ALERGINA CONOCIDA</b>	<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

<b>CORAZÓN / VASOS SANGUÍNEOS</b> <input type="checkbox"/> <b>NADA</b> <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: _____	<b>PULMONES</b> <input type="checkbox"/> <b>NADA</b> <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: _____	<b>BOCA / DIENTES</b> <input type="checkbox"/> <b>NADA</b> <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: _____
<b>ESTÓMAGO / INTESTINOS</b> <input type="checkbox"/> <b>NADA</b> <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: _____	<b>ENDOCRINO</b> <input type="checkbox"/> <b>NADA</b> <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1 2 <input type="checkbox"/> Tiroides hiperactiva (hipertiroidismo) <input type="checkbox"/> Tiroides hipoactiva (hipotiroidismo) Otro: _____	<b>SEXUAL</b> <input type="checkbox"/> <b>NADA</b> <input type="checkbox"/> SIDA / VIH <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> VPH Otro: _____
<b>HUESOS / MÚSCULOS / ARTICULACIONES</b> <input type="checkbox"/> <b>NADA</b> <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: _____	<b>CEREBRO / EMOCIONES / NERVIOS</b> <input type="checkbox"/> <b>NADA</b> <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> TEPT (PTSD) Otro: _____	<b>OTRO</b> <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)