

## Historial Medico De Adultos

Queremos darle la bienvenida como nuevo paciente. Por favor, tómese un tiempo para completar este formulario lo mejor que pueda para que podamos ayudarlo en su cuidado.

Tomamos muy en serio la protección de su información de salud en conformidad con las protecciones federales en la Ley de Portabilidad y de Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA).

Aunque esta clínica reconoce que hay un número de sexos/géneros, muchas compañías de seguro y entidades legales no lo hacen. Por favor, entienda que el nombre legal y sexo indicados en su seguro deben ser usados en documentos para seguro y facturación. Si su nombre y pronombre preferidos son diferentes, por favor infórmenos.

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Sexo/Género: Masculino/Femenino/Intersexual/Transexual

Pronombre preferido: Él/Ella/Ellos/Ellas

Nombre de farmacia y dirección: \_\_\_\_\_

¿Quién fue su proveedor médico anterior? \_\_\_\_\_

¿Tiene voluntades anticipadas o un testamento en vida?  Sí  No

¿Tiene un apoderado para decisiones médicas o un poder notarial médico, que les permita tomar decisiones sobre su cuidado en situaciones que pongan en riesgo su vida?  No  Sí (nombre de la persona y relación que tiene con usted) \_\_\_\_\_

Nivel de educación: \_\_\_\_\_ Ocupación (por favor describa su trabajo): \_\_\_\_\_

Estado civil (ej. soltero, casado, en pareja, conviviendo, divorciado): \_\_\_\_\_

Nombre de su pareja o marido/esposa: (si corresponde) \_\_\_\_\_ Número de hijos: \_\_\_\_\_

¿Vive con alguien?  Sí  No    ¿Se siente seguro en su casa?  Sí  No

Idiomas que más se habla en su hogar: \_\_\_\_\_ ¿Necesita un intérprete?  Sí  No

**Su historia clínica: (Marque todo lo que haya tenido)**

Enfermedad/Afección		Enfermedad/Afección	
Convulsiones		Cáncer	
Accidente cerebrovascular/TIA		Diverticulitis/diverticulosis	
Problemas de memoria		Enfermedad de Crohn o colitis	
Problemas de visión o audición		Enfermedad hepática o hepatitis A, B, C	
Coágulos sanguíneos en piernas/pulmones		Enfermedad renal	
Antecedente de ataque al corazón o enfermedad cardíaca		Mamografía o prueba de Papanicolaou anormal	
Presión arterial alta		Diabetes	
Colesterol alto		Problema de tiroides	
Uso de tabaco		Osteoporosis/Osteopenia	
Fibrilación atrial		Dolor crónico	
Soplo		Trastorno de pánico o ansiedad	
Asma		Bipolar	
Enfisema/EPOC		Depresión	
Tuberculosis		Esquizofrenia	
VIH		Trastorno de estrés postraumático (TEPT)	
Infecciones de transmisión sexual		Problema de abuso de sustancia o alcohol	
Problemas de próstata		Otros:	

**Medicación actual: (Por favor, indique todos los medicamentos que está tomando, incluya suplementos)**

No tomo ningún medicamento

Nombre del medicamento	Dosis/veces por día	¿Por qué lo toma?	¿Quién lo receta?

**¿Ha tenido alguna reacción alérgica a medicamentos, alimentos, látex u otras sustancias?**

Ninguna alergia

Alergia	Reacción/Qué ocurre	Alergia	Reacción/Qué ocurre

**Inmunizaciones con fechas: (si no sabe, escriba no sé)**

Vacuna	Fecha(s)	Vacuna	Fecha(s)
Vacuna contra la neumonía		Series hepatitis A y B	
Vacuna contra la gripe		Vacuna triple viral	
Tos ferina (pertussis)/Tdap		Vacuna contra varicela	
Vacuna antitetánica		Meningitis	
Zóster/Herpes		Vacuna contra el VPH	

**Prevención: (si no sabe, escriba no sé)**

Servicio	Día del último	Servicio	Día del último
Colonoscopia		Tarjeta para detectar sangre oculta en las heces	
Mamografía		Examen de próstata	
Examen de Papanicolau		Prueba de densidad ósea DEXA (para osteoporosis)	
Examen ocular		Examen de VIH	

**Especialistas: (Incluir dentista, oculista, ginecólogo, consejero/terapeuta, etc.)** **No especialistas:**

Especialidad	Nombre	Fecha última visita:	Motivo de visita

**Antecedentes de cirugía: (Sea lo más específico posible - ejemplo: reemplazo de cadera izquierda)** **Sin cirugías conocidas**

Cirugía	Fecha de cirugía/Razón

**Antecedentes médicos familiares: (Por favor indique cualquier problema médico que tenga algún familiar)** **No conozco los antecedentes de mi familia**

	Enfermedades/Afecciones
Padre/Madre	
Hermanos	
Otros parientes	

**Historia sexual/Orientación sexual:**

¿Es sexualmente activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cómo se identifica en términos de orientación sexual? _____
¿Es sexualmente activo con (marque todo lo que corresponda) ___ Hombre ___ Mujer ___ Ambos ___ Otro?
¿Tiene una pareja sexual principal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene parejas sexuales casuales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuando tiene sexo, ¿tiene (marque todo lo que corresponda) ___ Sexo oral ___ Sexo vaginal ___ Sexo anal?
¿Con qué frecuencia usa condones cuando tiene ___ Sexo oral ___ Sexo vaginal ___ Sexo anal?
¿Cuándo fue la última vez que tuvo sexo sin usar condón? _____
¿Cuándo fue última vez que se hizo examen de VIH u otras infecciones de transmisión sexual (ITS)? _____
¿Alguna vez ha tenido alguna ITS (sífilis, gonorrea, clamidia, herpes, verrugas genitales, tricomoniasis)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguna de sus parejas tuvo o se ha hecho el examen de VIH u otras infecciones de transmisión sexual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
¿Tiene alguna preocupación sobre su salud o vida sexual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Le gustaría quedar embarazada en el próximo año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Método de control de la natalidad actual: _____
¿Alguna vez fue forzado a participar en cualquier tipo de actividad sexual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Antecedentes obstétricos**

¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Alguna vez estuvo embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Edad en el primer nacimiento _____
Parto vaginal (nro.) _____ Cesárea (nro.) _____ Aborto espontáneo (nro.) _____ Aborto inducido (nro.) _____ Hijos vivos (nro.) _____
¿Antecedente de Papanicolau anormal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Edad de primer período menstrual _____ Edad de menopausia _____
Fecha de último período menstrual _____

**Hábitos de salud y sociales:**

¿Con qué frecuencia toma alcohol? <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
¿Su consumo de alcohol es una preocupación para usted o los demás? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Explique: _____
¿Le gustaría dejar de tomar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Alguna vez ha consumido lo siguiente (marque todo lo que corresponda)? ___ Marihuana ___ Cocaína ___ Heroína ___ Metanfetamina ___ Éxtasis/hongos/LSD ___ Otros opiáceos (Vicodin, Percocet, Oxycontin)
¿Tiene o alguna vez ha tenido problemas con el consumo de medicamentos recetados? <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> En el pasado En caso afirmativo, ¿qué medicamentos? _____
¿Alguna vez se inyectó cualquier tipo de sustancia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Fuma tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Exfumador Tipo de tabaco: _____ Fecha que dejó _____
¿Le gustaría dejar de fumar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Alguna vez intentó dejar de fumar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Sigue alguna dieta especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, explique: _____
¿Tiene alguna preocupación sobre sus hábitos alimenticios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, explique: _____
¿Qué tipo de ejercicio o deporte hace? _____
¿Alguna vez alguien lo golpeó, abofeteó, pateó o lastimó físicamente? <input type="checkbox"/> Sí, en el último año <input type="checkbox"/> Sí, antes del último año <input type="checkbox"/> No
¿Tiene alguna religión o creencia espiritual en particular que quisiera que sepamos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿qué religión o creencia espiritual?: _____

**¡Gracias!**

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

**Nombre impreso:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_