

**Historial Adulto (18+)**

Nombre:	Fecha De Nacimiento:	Edad:	Fecha:
---------	----------------------	-------	--------

**¿Cuales son sus preocupaciones sobre su salud que quisiera discutir el día de hoy?**

**Historial Médico** (Es Decir presión alta, diabetes etc.)

**Fecha de Inicio:**

**Resuelto:**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Hospitalización (fuera de cirugías y embarazos):**

**Año**

**Alguna Complicación?**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Cirugías Pasadas:**

**Año**

**Alguna Complicación?**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Especialistas**

Nombre de Especialista	Especialidad	¿Que fue/o está siendo tratado?	¿Cuando miro el especialista la ultima vez?	¿Cuales medicamentos fueron recetaron?

**Medicamentos**

Medicación	Dosis	¿Cuántas veces por día?	¿Cuándo comenzó?

¿Alguna alergia a cualquier fármaco? \_\_\_\_\_ Si (Por favor marque) \_\_\_\_\_ NO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuidado preventivo en el pasado – por favor marcar si ha tenido algunas de las siguientes pruebas de detección (Estos pueden o no ser necesarias, dependiendo de su edad y de la historia):

Papanicolaou para detectar el cáncer del cuello uterino - fecha más reciente: \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_ Tratamiento adicional es necesario: \_\_\_\_\_

Cualquier historia de Papanicolaou anormal? Si es así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Algún tratamiento necesario debido a un Papanicolaou anormal (si es así, qué y cuándo?) \_\_\_\_\_

¿Mamografía para detectar el cáncer de mama? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO Año \_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_

¿Dónde se ha hecho? \_\_\_\_\_

¿Colonoscopia para detectar el cáncer del colon? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO Año \_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron los resultados? (¿Encontraron pólipos?) \_\_\_\_\_

¿Quién realizó la colonoscopia? \_\_\_\_\_

¿Examen de sangre (PSA) o un examen de la próstata para detección de cáncer de próstata? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO Año \_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_

¿Prueba de densidad ósea para la detección de osteoporosis? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO Año \_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_

¿Donde se ha hecho? \_\_\_\_\_

TAC pulmonar para detectar el cáncer de pulmón (en caso afirmativo, ¿cuándo y cuáles fueron los resultados)

\_\_\_\_\_

¿El ultrasonido para detectar aneurismas de la aorta (si es así, cuando y cuáles fueron los resultados?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Exámenes de sangre para el colesterol alto y/o la diabetes si es así, cuando y cuáles fueron los resultados?) \_\_\_\_\_

Historia de Vacunación - por favor, compruebe si usted tiene cualquiera de estas vacunas (y los años, si se conocen):

El tétano (Td) o el tétanos y la tos ferina (Dtpa) \_\_\_\_\_

Neumocócica (neumonía) \_\_\_\_\_

La influenza (gripe) \_\_\_\_\_

La Hepatitis A \_\_\_\_\_

La Hepatitis B \_\_\_\_\_

Herpes zoster (culebrilla) \_\_\_\_\_

EL VPH (humanpapillomavirus) \_\_\_\_\_

(Meningitis Meningocócica) \_\_\_\_\_

**SOLO PARA MUJER:**

# Embarazos: \_\_\_\_\_ # Partos: \_\_\_\_\_ # Abortos: \_\_\_\_\_ # Abortos espontáneos: \_\_\_\_\_

1 día de periodo reciente: \_\_\_\_\_ Edad 1er periodo: \_\_\_\_\_ Regular O Irregular

¿Tiene alguna preocupación acerca de su periodo? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ NO

Tiene alguna preocupación acerca de la menopausia? \_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ NO

**Historia Social:**

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleado: \_\_\_\_\_

Si actualmente no trabaja, ¿qué ha hecho en un trabajo anterior? \_\_\_\_\_

Nivel de educación más alto/ Grado: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero \_\_\_ Casado \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Viudo \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Cónyuge/nombre del socio (si procede): \_\_\_\_\_

Número de niños/Edades: \_\_\_\_\_

¿Quien vive en casa con usted? \_\_\_\_\_

Aficiones: Lista 3 cosas que le gusta hacer o tener una pasión por: \_\_\_\_\_

**SALUD / HISTORIAL DE SEGURIDAD**

**Uso de Tabaco:**

Cigarrillos: **SI No Nunca**

\_\_\_\_\_ Fumadora actual: paquetes/día \_\_\_\_\_

# años \_\_\_\_\_

Dejo de fumar ? \_\_\_ / Día \_\_\_\_\_

Otro Tabaco: Pipa \_\_\_ Cigarros \_\_\_ Tabaco rapé \_\_\_

Mascar \_\_\_\_\_

¿Está interesado en dejar de fumar? **S N**

**Consumo de Alcohol:**

¿Bebe alcohol?: **SI No** #bebidas/por semana \_\_\_\_\_

**Uso de Drogas:**

¿Alguna vez ha usado drogas recreativas? **SI No**

¿Utiliza actualmente alguna droga recreativa? **SI No**

Cual(s)? \_\_\_\_\_

Cualquier historia de usar drogas intravenosas?

**Actividad Sexual:**

¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales? **SI No**

Actual pareja(s) es/son: \_\_\_ Hombre \_\_\_ Mujer

Método de anticonceptivos: \_\_\_\_\_

No es necesario: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido enfermedades de transmisión sexual? **SI No**

**Seguridad**

¿La violencia en casa es una preocupación? **SI NO**

¿Se siente seguro en su relación actual? **SI NO**

¿Ha sido golpeada, dieron patadas, puñetazos o lesionar a alguien en el pasado año? **SI No**

¿Tiene un arma de fuego en casa? **SI No**

¿Utiliza un casco? **SI No N/A**

¿Utiliza siempre cinturones de seguridad? **SI No**

**Peso y Ejercicio**

¿Está satisfecho con su peso? **SI No**

¿Hace ejercicio regularmente? **SI No**

¿Qué tipo de ejercicio hace? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo (minutos)? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**Historia Familiar** Proporcionenos información sobre la salud de su familia inmediata

**Su madre**

Desconocido

Vive?  Murió? Edad al morir. \_\_\_\_\_ De que murió? \_\_\_\_\_

*Su madre tuvo alguna de las siguientes enfermedades:*

- |                                    |   |  |   |   |
|------------------------------------|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta    | <input type="checkbox"/> Enfermedades de corazón | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas con el alcohol | <input type="checkbox"/> Problemas de drogas     | <input type="checkbox"/> Cáncer, tipo _____     | <input type="checkbox"/> Asma                     |

**Su padre**

Desconocido

Vive?  Murió? Edad al morir. \_\_\_\_\_ De que murió? \_\_\_\_\_

*Tenía alguna de las siguientes enfermedades:*

- |                                    |   |  |   |   |
|------------------------------------|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta    | <input type="checkbox"/> Enfermedades de corazón | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas con el alcohol | <input type="checkbox"/> Problemas de drogas     | <input type="checkbox"/> Cáncer, tipo _____     | <input type="checkbox"/> Asma                     |

**Su abuela materna** (la mama de su mama)

Desconocido

Vive?  Murió? Edad al morir. \_\_\_\_\_ De que murió? \_\_\_\_\_

*Tenía alguna de las siguientes enfermedades:*

- |                                    |  |  |   |   |
|------------------------------------|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Enfermedades de corazón | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas de alcohol  | <input type="checkbox"/> Problemas de drogas     | <input type="checkbox"/> Cáncer, tipo _____     | <input type="checkbox"/> Asma                     |

**Su Abuelo Materno** (el papa de su mama)

Desconocido

Vive?  Murió? Edad al morir. \_\_\_\_\_ De que murió? \_\_\_\_\_

*Tenía algunas de las siguientes enfermedades:*

- |                                    |  |  |   |   |
|------------------------------------|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Enfermedades de corazón | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas de alcohol  | <input type="checkbox"/> Problemas de drogas     | <input type="checkbox"/> Cáncer, tipo _____     | <input type="checkbox"/> Asma                     |

**Su Abuela Paterna** (La mama de su papa)

Desconocido

Vive?  Murió? Edad al morir. \_\_\_\_\_ De que murió? \_\_\_\_\_

*Tenía algunas de las siguientes enfermedades:*

- |                                    |  |  |   |   |
|------------------------------------|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Enfermedades de Corazón | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas de alcohol  | <input type="checkbox"/> Problemas de drogas     | <input type="checkbox"/> Cáncer, tipo _____     | <input type="checkbox"/> Asma                     |

**Su Abuelo Paterno** (el papa de su papa)

**Desconocido**

Vive?  Murió? Edad al morir. \_\_\_\_\_ De que murió? \_\_\_\_\_

*Tenía algunas de las siguientes enfermedades:*

- |                                    |  |  |   |   |
|------------------------------------|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Enfermedades de Corazón | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas de alcohol  | <input type="checkbox"/> Problemas de drogas     | <input type="checkbox"/> Cáncer, tipo _____     | <input type="checkbox"/> Asma                     |

**Su Hermano(s)**

**Desconocido**

Vive?  Murió? Edad al morir. \_\_\_\_\_ De que murió? \_\_\_\_\_

Vive?  Murió? Edad al morir. \_\_\_\_\_ De que murió? \_\_\_\_\_

Vive?  Murió? Edad al morir. \_\_\_\_\_ De que murió? \_\_\_\_\_

*Alguno de sus hermanos tenía las siguientes enfermedades:*

- |                                    |  |  |   |   |
|------------------------------------|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Enfermedades de Corazón | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas de alcohol  | <input type="checkbox"/> Problemas de drogas     | <input type="checkbox"/> Cáncer, tipo _____     | <input type="checkbox"/> Asma                     |

**Su Hermana(s)**

**Desconocido**

Vive?  Murió? Edad al morir. \_\_\_\_\_ De que murió? \_\_\_\_\_

Vive?  Murió? Edad al morir. \_\_\_\_\_ De que murió? \_\_\_\_\_

Vive?  Murió? Edad al morir. \_\_\_\_\_ De que murió? \_\_\_\_\_

*Alguna de sus hermanas tenía las siguientes enfermedades:*

- |                                    |  |  |   |   |
|------------------------------------|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Enfermedades de Corazón | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas de alcohol  | <input type="checkbox"/> Problemas de drogas     | <input type="checkbox"/> Cáncer, tipo _____     | <input type="checkbox"/> Asma                     |

**Otros Parientes? Relación** \_\_\_\_\_

Vive?  Murió? Edad al morir. \_\_\_\_\_ De que murió él/ella? \_\_\_\_\_

*Alguno otro pariente con las siguientes enfermedades:*

- |                                    |  |  |   |   |
|------------------------------------|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Enfermedades de Corazón | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas de alcohol  | <input type="checkbox"/> Problemas de drogas     | <input type="checkbox"/> Cáncer, tipo _____     | <input type="checkbox"/> Asma                     |