



# Historia Medica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA ANTERIOR:

Nombre del medico tratante: \_\_\_\_\_ Fecha del ultimo examen medico: \_\_\_\_\_  
Ha estado hospitalizado? Si  No  Si responde Si, explique porque: \_\_\_\_\_  
Ha sido tratado por hepatitis A,B or C? Si  No   
Otro tipo de Hepatitis ? \_\_\_\_\_  
Ha sido vacunado contra hepatitis B? Si  No  Fecha de vacunas completas \_\_\_\_\_  
Ha sido vacunado contra hepatitis A? Si  No  Fecha de vacunas completas \_\_\_\_\_  
Fecha del ultimo despistaje contra Tuberculosis \_\_\_\_\_ Resultado Positivo  Negativo   
Si es positivo mencione fecha de Rx torax \_\_\_\_\_ Resultado Positivo  Negativo   
Ha sufrido de enfermedades de transmision sexual? Si  No  Diagnostico \_\_\_\_\_

Con cual de las siguientes condiciones ha sido tratado actualmente o ha sido tratado en el pasado (por favor indique todas las que apliquen)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazon, soplos, dolor | <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Problemas renales       |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar             | <input type="checkbox"/> Asma                 | <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga     |
| <input type="checkbox"/> Problemas oculares                   | <input type="checkbox"/> Convulsiones         | <input type="checkbox"/> Ulcera gastrica         |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto                      | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> Colitis                 |
| <input type="checkbox"/> Tension alta                         | <input type="checkbox"/> Tos                  | <input type="checkbox"/> Acidez                  |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebro vascular           | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza      | <input type="checkbox"/> Problemas del higado    |
| <input type="checkbox"/> Problemas en los senos paranasales   | <input type="checkbox"/> Tension baja         | <input type="checkbox"/> Hepatitis               |
| <input type="checkbox"/> Migranas                             | <input type="checkbox"/> Artritis             | <input type="checkbox"/> Alergias                |
| <input type="checkbox"/> Problemas Neurologicos               | <input type="checkbox"/> Cancer               | <input type="checkbox"/> Amigdalitis             |
| <input type="checkbox"/> Anemia o Problemas Sanguineos        | <input type="checkbox"/> Depresion            | <input type="checkbox"/> Ansiedad                |
| <input type="checkbox"/> Tobillos Edematizados                | <input type="checkbox"/> Problemas de Oidos   | <input type="checkbox"/> Problemas Psiquiatricos |
| <input type="checkbox"/> Problemas Tiroideos                  |   |  |

Por favor indique otra enfermedad previamente tratada no mencionada anteriormente:

## CIRUGIAS ANTERIORES

## ALERGIAS

Alergia a la penicilina o otra droga? Si  No   
Mencione otro tipo de alergia: \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS



Fuma cigarillo o tabaco? Si  No  Ha Fumado en el pasado? Si  No   
Cuantos paquetes por dia? \_\_\_\_\_  
Toma alcohol, cerveza o vino? Si  No  Ha bebido en el pasado? Si  No   
Cuantas bebidas por semana? \_\_\_\_\_  
Toma café o te? Si  No  Cuantas tazas al dia? \_\_\_\_\_  
Hace ejercicio diario o semanal? Si  No   
Usa el cinturón de seguridad cuando maneja? Si  No   
Usa el casco cuando monta bicicleta? Si  No

**HISTORIA FAMILIAR**

Mencione si el familiar esta vivo, la edad, si padece alguna enfermedad. Si esta muerto la causa de muerte y la edad en que fallecio.

Madre Si  No  \_\_\_\_\_  
Padre Si  No  \_\_\_\_\_  
Hermanas Si  No  \_\_\_\_\_  
Si  No  \_\_\_\_\_  
Hermanos Si  No  \_\_\_\_\_  
Si  No  \_\_\_\_\_

Alguno de los miembros de la familia incluyendo niños y padres han tenido alguna de la siguientes enfermedades:

Anemia o problemas sanguíneos \_\_\_\_\_  
Cancer \_\_\_\_\_  
Diabetes \_\_\_\_\_  
Glaucoma \_\_\_\_\_  
Problemas del Corazon \_\_\_\_\_  
Presion Alta \_\_\_\_\_  
HIV/ AIDS \_\_\_\_\_  
Problemas mentales/ Depresion \_\_\_\_\_  
Accidente Cerebro vascular \_\_\_\_\_  
Otro tipo de enfermedades \_\_\_\_\_

**HISTORIA GINECOLOGICA**

Cuantas veces ha estado embarazada? \_\_\_\_\_ Fecha de la ultima citologia \_\_\_\_\_  
Ha tenido una citologia anormal? Si  No  Diagnostico \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_  
Ha tenido una enfermedad de transmision sexual? Si  No  Diagnostico \_\_\_\_\_  
Fecha de ultima mamografia? \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_  
Le han practicado biopsia en los senos? Si  No  Resultados de la biopsia \_\_\_\_\_

**Al firmar abajo, yo certifico que a lo mejor de mi conocimiento toda la información que he dado en este formulario es completa, veraz y exacta.**

**Firma del paciente o guardian:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_