

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

SELECCIONE ABAJO CONDICIONES QUE USTED PADECE AHORA O HA TENIDO EN EL PASADO		ALERGIAS:										
<input type="checkbox"/> Alcoholismo / drogadicción <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Problema de sangrado <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en las piernas o los pulmones <input type="checkbox"/> Cáncer – tipo: _____ <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Diabetes – tipo: _____ <input type="checkbox"/> Epilepsia / Convulsiones <input type="checkbox"/> Desecho genital / dolor <input type="checkbox"/> Enfermedad de corazón / Infarto <input type="checkbox"/> Hepatitis – tipo: _____	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Infección de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Problemas del estomago <input type="checkbox"/> Incidentes cerebrovasculares <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Tiroides _____ <input type="checkbox"/> Ulcera <input type="checkbox"/> Problemas urinarios / dolor	<div style="background-color: black; color: white; padding: 2px;">MEDICAMENTOS ACTUALES: <i>Incluya los medicamentos recetados, vitaminas, y medicamentos sin receta o preparaciones herbales.</i></div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td></tr> </table> <p>Salud de la MUJER: Primer período menstrual – edad: _____ La última menstruación – fecha: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Menopausia – año: _____</p> <p>Historia obstétrica: Embarazos: _____ Hijos viviendo: _____ Abortos involuntarios/ voluntarios: _____</p> <p>Método anticonceptivos <input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> pastillas otro: _____ Última mamografía: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Última prueba de Papanicolaou: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Última colonoscopia: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal</p> <p>Salud del HOMBRE: Última colonoscopia: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal</p>										
HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA, LESIONES GRAVES	AÑO											
HISTORIA FAMILIAR		HISTORIA SOCIAL										
Seleccione si algún miembro de la familia ha tenido alguna de las siguientes condiciones. Escriba la relación con usted en el espacio.		Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)										
<input type="checkbox"/> El Alcoholismo / drogadicción <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer – tipo: _____ <input type="checkbox"/> Depresión / Problema de salud mental <input type="checkbox"/> Diabetes-tipo: _____ <input type="checkbox"/> Epilepsia / Convulsiones <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Hepatitis-tipo: _____ <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar (enfisema / tuberculosis) <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Otros _____		Alcohol <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, tipo: _____ frecuencia: _____ Tabaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, tipo _____ Cantidad al día: _____ desde: _____ En caso afirmativo, <i>¿Le gustaría ayuda con dejar de fumar?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										

Firma del Paciente _____ **Fecha:** _____
Revisión del Proveedor _____ **Fecha:** _____