

# Nuevo Historial Clínica de

Nombre \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Fecha de la visita \_\_\_\_\_  
 Razón de la visita \_\_\_\_\_



Inspired by the Patients We Serve

## Historia médica anterior

¿Ha tenido alguna de las siguientes condiciones?	No	Sí	Describe el problema: Fechas: Medicación; Hospitales; Resultados	Sólo para equipo médico
1. Anemia (bajo recuento de glóbulos rojos) u otros problemas de la sangre	D	D		
2. La angina (dolor de corazón) enfermedad cardíaca de problemas en las válvulas o infarto o enfermedad coronaria	D	D		
3. Fibrilación auricular o arritmias cardíacas	D	D		
4. Alta presión	D	D		
5. Alto colesterol o triglicéridos	D	D		
6. Artritis o dolor articular reticular	D	D		
7. Asma	D	D		
8. Otros problemas pulmonares - EPOC	D	D		
9. Hipertrofia prostática benigna	D	D		
10. Coágulos de sangre - trombosis venosa profunda/PE	D	D		
11. Cáncer	D	D		
12. Depresión/ansiedad/Otros	D	D		
13. Diabetes	D	D		
14. Acidez/Reflujo gastroesofágico/Úlceras estomacales	D	D		
15. Problemas de Hígado/Hepatitis o de la Vesícula	D	D		
16. Intestino Irritable/Crohn/Diverticulitis/	D	D		
17. Osteoporosis	D	D		
18. Problemas de la vejiga o el riñón	D	D		
19. Convulsiones	D	D		
20. Derrame/Accidente isquémico transitorio	D	D		
21. Problemas de la tiroides	D	D		
22. Problemas de la piel y los huesos	D	D		
23. Problemas de la vista o los oídos	D	D		
24. Tuberculosis o prueba cutánea positiva de tuberculina	D	D		
25. Si es mujer, ¿podría estar embarazada?	D	D		
26. Si es mujer, cuándo fue el primer día de su último período.	D	D		
27. ¿Algún problema con su periodo - fuerte, irregular, con dolor? ¿Cuánto tiempo entre períodos? ¿Cuántos días dura el sangrado?	D	D		
28. ¿Alguna prueba anormal de Papanicolau?	D	D		
29. ¿Problemas vaginales o de los senos?	D	D		
30. ¿Ha estado embarazada alguna vez? En caso afirmativo, cuántos partos vaginales - cuántas cesáreas, cuántos abortos espontáneos, cuántos abortos provocados, cuántas otras cosas			Total ____ Aborto natural ____ Aborto provocado ____ Ectópicos ____ Parto Vaginal ____ Cesáreas ____ Pretérmino ____ Distocia de hombro ____ Transfusión de sangre ____ Diabetes y presión arterial alta durante el Embarazo ____	

### Historia de valoración - Por favor indique la fecha, resultado, y ubicación

1. ¿Última valoración de cáncer cervical/Papanicolau?	
2. ¿Última valoración de cáncer de mama/mamografía?	
3. ¿Última valoración de cáncer de colon (colonoscopia)/materia fecal?	
4. ¿Última valoración de diabetes (A1C, examen de la vista, examen de los pies)?	
5. ¿Última valoración de lípidos y colesterol?	

### Historial quirúrgico anterior

1. Por favor anote todas las cirugías u operaciones - Incluya el nombre de la operación, la fecha, el lugar	
---	--

### Historial Social anterior

1. Ha fumado cigarrillos o productos derivados del tabaco (de mascar, puros) - Si usó o usa por favor indíquelo en el formulario ¿cuántos años usó antes de parar, y cuántos por día?	
2. Uso de alcohol/drogas - dé los detalles si es el caso	

1. Historial familiar anterior (hijos, parientes, hermanos)	
---	--

### Medicamentos:

### Alergias a medicamentos

Por favor anote cualquier medicamento al que usted es alérgico y qué sucede cuando lo toma. \_\_\_\_\_

### Médicos

Por favor liste su último médico de atención primaria y los especialistas que ver con el número de oficina, fax (si se conoce), y la dirección. \_\_\_\_\_