



# HEALTH

FAMILY CARE

## Cuestionario de historia de la salud

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen de bienestar / físico: \_\_\_\_\_ médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Liste cualquier hospitalización y fechas: \* lista en la parte posterior Continuar si es necesario \*.

Fecha	Razón	Fecha	Razón
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Problemas de Salud Actuales	Fecha de Inicio
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

\* Lista en la parte posterior Continuar si es necesario \*

Antecedentes Quirúrgicos– ex. reemplazo de rodilla	Fecha de la Cirugía

\* Lista en la parte posterior Continuar si es necesario \*

Los medicamentos actuales (incluya vitaminas y medicamentos de venta libre)	Dosificación	¿Cuántas veces al día?
<i>EX: Aspirin</i>	<i>81 mg</i>	<i>una vez al día</i>

\* Lista en la parte posterior Continuar si es necesario \*

¿Es usted alérgico a algún medicamento? Si No Encaso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_  
 Alergias ambientales / Alimentos Si No Encaso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene una directivas avanzadas de estar o? Si No En caso afirmativo, proporcionar una copia a nuestra oficina



# HEALTH

FAMILY CARE

## Cuestionario de historia de la salud

**HISTORIA FAMILIAR** \* lista en la parte posterior Continuar si es necesario \*

<b>Relativo</b>	<b>Anos</b>	<b>Condiciones médicas</b>	<b>edad de la muerte</b>	<b>causa de la muerte</b>
Padre				
Madre				
Hermano				
Hermano				
Nino				
Nino				

¿Fumas? Sí No En caso afirmativo, ¿cuántos por día? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se fuma? Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo dejó? \_\_\_\_\_

¿Bebes alcohol? Sí No En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas al día? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez beber alcohol? Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo dejó? \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes pruebas realizadas:**

La colonoscopia Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Prueba de Papanicolaou Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Mamografía Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Densitometría ósea Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Vacuna contra la neumonía Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Refuerzo de Tétanos Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

**OTROS MÉDICOS:**

**OB / GYN:** \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_

**NEURO:** \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_

**CARDIÓLOGO:** \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_

**NEUMÓLOGO:** \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_

**ORTOPEDIA:** \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_