

Nombre: \_\_\_\_\_ F.D.N.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

S  N Toma medicinas recetadas por un médico, ? Lístelas: \_\_\_\_\_  
 S  N Es alérgico(a) a alguna(s) medicina(s)? Lístelas: \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR:** Es usted adoptado (a)?  No  Si (Sí contestó sí pase a la sección siguiente.)

**Sus padres, hermanos(as) o hijos han tenido alguno de los siguientes padecimientos? Sí contestó sí, escriba quién en el espacio a la derecha.**

- |    | S                        | N                        | Quién                         |     | S                        | N                        | Quién  |
|----|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|-----|--------------------------|--------------------------|--|
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alcohol abuso de drogas _____ | 8.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad mental _____  |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | artritis _____                | 9.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataque al corazón _____  |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia severa _____           | 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Colesterol alto _____  |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | hemorragias _____             | 11. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Derrame cerebral _____   |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | diabetes _____                | 12. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Defecto de nacimiento/problemas genéticos (tales como: anemia drepanocítica, PKU, Tay Sachs, G6PD) _____ |
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cancer: qué tipo? _____       |     |                          |                          |  |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión alta _____            |     |                          |                          |  |

**Sólo para uso del personal**  
Comments, updates:

**HISTORIAL MEDICO: Ha tenido problemas con:**

- |     | S                        | N                        |                                       | S   | N                        |   |
|-----|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|-----|--------------------------|---|
| 1.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergias: Aqué _____                  | 26. | <input type="checkbox"/> | parásitos   |
| 2.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La piel                               | 27. | <input type="checkbox"/> | úlceras   |
| 3.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Los ojos/vision (excepto lentes)      | 28. | <input type="checkbox"/> | Excremento negro o con sangre   |
| 4.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Los oídos/audición                    | 29. | <input type="checkbox"/> | riñón   |
| 5.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Boca/dientes                          | 30. | <input type="checkbox"/> | Retención de orina/goteo  |
| 6.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hemorragias/coagulación               | 31. | <input type="checkbox"/> | Infección de la vejiga  |
| 7.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia                                | 32. | <input type="checkbox"/> | Gonorrea, sífilis, herpes, verrugas, clamidia   |
| 8.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cancer: Qué tipo _____                | 33. | <input type="checkbox"/> | VIH   |
| 9.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes                              | 34. | <input type="checkbox"/> | Daños en huesos, huesos rotos   |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de la tiroides             | 35. | <input type="checkbox"/> | Dolor de espalda  |
| 11. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolores de cabeza                     | 36. | <input type="checkbox"/> | Problemas de articulaciones; artritis   |
| 12. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Convulsions/epilepsia                 | 37. | <input type="checkbox"/> | ha sido vacunado para lo siguiente <input type="checkbox"/> tetanos, difteria, pertussis (tos Ferina) <input type="checkbox"/> Rubéolla (Sarampion Alevar) <input type="checkbox"/> polio <input type="checkbox"/> hepatitis A <input type="checkbox"/> hepatitis B |
| 13. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas psiquiátricos               |     |                          |   |
| 14. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depression severa                     |     |                          |   |
| 15. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Colesterol alto                       |     |                          |   |
| 16. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad/problema del corazón       |     |                          |   |
| 17. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alta presión                          |     |                          |   |
| 18. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma                                  |     |                          |   |
| 19. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis                          |     |                          |   |
| 20. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otra enfermedad de los pulmones       |     |                          |   |
| 21. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PPD positivo (examen piel para TB)    |     |                          |   |
| 22. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Senos: tumor/ secreción/ cirugía      |     |                          |   |
| 23. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Piedras en la vejiga/vesicular biliar |     |                          |   |
| 24. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                       |     |                          |   |
| 25. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | estómago                              |     |                          |   |

**MUJERES**

38.   Infección vaginal

39.   Infección pélvica (PID)

40.   tumor/fibroma pélvico

41.   Resultado anormal de pap. Fecha: \_\_\_\_\_

42.   Ha Tenido una Mamografía? Fecha: \_\_\_\_\_

**HOSPITALIZACIONES/CIRUGIAS:** Liste todas (excepto por embarazo)

Año: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_  
Año: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

**EXPIRE DATE:**

**HABITOS Y ESTILO DE VIDA**

Aunque estas preguntas sean vergonzosas, son importante

S N

1.   Toma drogas ilegales? Sí contestó sí, lístelas: \_\_\_\_\_
2.   Fuma cigarros? Sí contestó sí # de cigarros por día \_\_\_\_\_ Desde cuándo? \_\_\_\_\_
3.   Toma alcohol? Si contestó sí # de bebidas por día: \_\_\_\_\_ O por semana: \_\_\_\_\_
4.   Considera que tiene (o tuvo) problemas con las drogas o el alcohol?  
Por favor explique: \_\_\_\_\_
5.   Trabaja? \_\_\_\_\_
6.   En su trabajo está expuesto(a) a químicos peligrosos? Si contestó sí, explique: \_\_\_\_\_
7.   Alguna vez le ha tenido miedo a su pareja o se ha sentido amenazado(a) físicamente o amenazado(a) por su pareja?
8.   Está en una relación en la cual ha sido lastimado(a) físicamente o amenazado(a) por su pareja?
9.   Ha sido golpeado(a), abofeteado(a) o lastimado(a) de manera física por alguna persona? Quien: \_\_\_\_\_
10.   Considera que tiene una dieta saludable?
11.   Hace ejercicio? De qué tipo? \_\_\_\_\_ Cuántas veces por semana? \_\_\_\_\_
12.   Se provoca el vómito después de comer o toma laxantes?
13.   Ha recibido las siguientes vacunas? Última vacunación? \_\_\_\_\_
14.   En la actualidad es sexualmente activo(a)?
15.   Si tiene relaciones sexuales? \_\_\_\_\_ A qué edad empezó a tener relaciones sexuales? \_\_\_\_\_
16.   Número de parejas sexuales en los últimos 6 meses \_\_\_\_\_ Hombres \_\_\_\_\_ Mujeres \_\_\_\_\_ Ambos \_\_\_\_\_
17.   Qué tan seguido usa condones?  Siempre  Algunas veces  Nunca
18.   Ha tenido (una) nueva(s) pareja(s) sexual(es) en los últimos 6 meses?
19.   Su pareja tiene otra(s) pareja(s) sexual(es)?
20.   Siente que han abusado de usted o lo/la han usado(a) sexualmente?
21.   Ha sido violado(a)?
22.   Ha tenido relaciones sexuales por dinero o droga?
23.   Qué preguntas tiene acerca del sexo? \_\_\_\_\_

**Sólo para uso del personal**

**SOLO MUJERES**

**1. Historia menstrual**

Edad que empezó su periodo: \_\_\_\_\_

Los periodos son:

regulares  ligeros

irregulares  moderados

dolorosos  abundantes

Su periodo es cada \_\_\_\_\_ días,

Y dura \_\_\_\_\_ días.

Tiene sangrado entre periodos?

Sí  No  algunas veces

Este es su primer examen pélvico?

Sí  No

**2. Historia de embarazo(s)**

Número de: \_\_\_\_\_

Abortos \_\_\_\_\_

Abortos espontáneos(no provocados) \_\_\_\_\_

Partos en los que el bebé nació muerto \_\_\_\_\_

Cesáreas \_\_\_\_\_

Embarazos ectópicos (tubárico) \_\_\_\_\_

Nacimientos prematuros \_\_\_\_\_

Nacimientos normales \_\_\_\_\_

Número total de embarazos \_\_\_\_\_

Edad del primer embarazo \_\_\_\_\_

Complicaciones y/o comentarios: \_\_\_\_\_

Cuándo fue su último embarazo u parto? \_\_\_\_\_

Está amamantando?  No  Sí

**3. Historia de control de natalidad**

Si usted usa control de natalidad, qué métodos ha usado?

píldoras Tipo: \_\_\_\_\_

inyección de Depo Provera

diafragma/capa cervical

espuma, supositorios, crema, gel

condones

retiro o coito interrumpido

ritmo o calendario

Norplant

DIU, dispositivo intrauterino

esponja

ligadura de tubos (esterilización)

Ninguno

Liste cualquier problema con estos métodos: \_\_\_\_\_

Método actual: \_\_\_\_\_

Quiero cambiar mi método a : \_\_\_\_\_

Reviewed by: \_\_\_\_\_

Firma de/la paciente

Fecha

Clinician/Physician

Date