

CUESTIONARIO DE HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE

Paciente: _____ Fecha: _____ Expediente #: _____

Enfermedades Previas

(Marque cualquier enfermedad que haya tenido)

- _____ Asma
- _____ Fiebre del heno
- _____ Enfisema
- _____ Tuberculosis (TB)
- _____ Problemas renales
- _____ Problemas del corazón
- _____ Presión arterial alta
- _____ Colesterol alto
- _____ Fiebre reumática
- _____ Soplo cardíaco
- _____ Diabetes
- _____ Derrame cerebral
- _____ Cáncer – Tipo: _____
- _____ Anemia
- _____ Artritis
- _____ Gota
- _____ Papanicolaou anormal
- _____ Úlceras estomacales
- _____ Convulsiones
- _____ Depresión | Ansiedad
- _____ Problemas de espalda
- _____ Problemas intestinales
- _____ Pólipos del intestino
- _____ Enfermedad de la tiroides
- _____ Gallstones
- _____ Hepatitis
- _____ Problemas hepáticos
- _____ Trastornos hemorrágicos
- _____ Alcoholismo
- _____ Adicción a drogas
- _____ Problemas auditivos
- _____ Problemas de la visión
- _____ Enfermedades de transmisión sexual
- _____ Otras: _____

Inmunizaciones

(Marque todas y el año recibido si lo conoce)

Recibido

- _____ Rubéola
- _____ Sarampión
- _____ Tétanos
- _____ Neumonía
- _____ Hepatitis
- _____ Influenza (vacuna contra la gripe)
- _____ Hepatitis B

Alergias

(Marque cualquier alergia que tenga y describa la reacción)

- | | |
|---------------------------|----------|
| | Reacción |
| _____ Penicilina | _____ |
| _____ Sulfa | _____ |
| _____ Aspirina | _____ |
| _____ Codeína | _____ |
| _____ Picaduras de abejas | _____ |
| _____ Otras: | _____ |

Cirugías

(Marque cualquier cirugía que haya tenido)

- _____ Hernia
- _____ Apéndice
- _____ Tonsils
- _____ Vesícula biliar

Women Only

- _____ Útero
- _____ Ovarios
- _____ Seno
- _____ D & C
- _____ Ligadura de trompas
- _____ Otras: _____

Solo para Hombres

- _____ Testículos
- _____ Próstata
- _____ Vasectomía
- _____ Otras: _____

Hospitalizaciones

(Enumere fechas y razones de todas las hospitalizaciones)

FECHA	RAZÓN
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Historia Social

(Encierre en un círculo todos los que correspondan)

- | | |
|-----------------|---------|
| Uso de tabaco | Sí o No |
| Cantidad/Tipo | _____ |
| Consumo alcohol | Sí o No |
| Cantidad/Tipo | _____ |

¿Usa o ha usado drogas? Sí o No

Cantidad/Tipo _____

Medicamentos

(Incluya medicamentos con y sin receta)

Incluya medicamentos con receta y sin receta

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Solo para Mujeres

- Edad del primer período _____
- Número de veces embarazada _____
- Número de partos vivos _____
- Fecha del último Papanicolaou _____
- Edad en que terminó la menstruación _____
- Método anticonceptivo – encierre en un círculo:
- Pastillas Condones DIU
- Esponja Ritmo Diafragma
- Vasectomía Histerectomía

Hombres y Mujeres

¿Se considera usted?

- _____ Heterosexual
- _____ Gay
- _____ Bisexual

Antecedentes Familiares

(Marque las enfermedades que sus padres, abuelos, tíos, hermanos o hermanas han tenido o tienen)

- _____ Diabetes
- _____ Problemas pulmonares
- _____ Derrame cerebral
- _____ Cáncer – tipo _____
- _____ Convulsiones
- _____ Enfermedad cardíaca
- _____ Presión arterial alta
- _____ Enfermedad de la tiroides
- _____ Problemas renales
- _____ Otros