



## FORMULARIO DE HISTORIA DE LA SALUD DEL PACIENTE

Para los NUEVOS pacientes: William Foutz MD, & Mark Stephens MD

\* Los pacientes que regresan SOLAMENTE necesitan completar cualquier cambio desde su último examen físico (cirugías recientes, medicamentos actuales, nuevo diagnóstico, etc.)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales / dosis:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Vitaminas / Suplementos:

_____	_____
_____	_____

Lista de alergias y reacciones medicas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

### CONDICIONES PRINCIPALES DE SALUD

Por favor, marque todas las condiciones de salud que se apliquen:

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis               | <input type="checkbox"/> Acidez               | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales | <input type="checkbox"/> Asma                   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Convulsiones         | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre    | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Apnea del sueño        | <input type="checkbox"/> Cáncer               | <input type="checkbox"/> Colesterol alto       | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral       |
| <input type="checkbox"/> EPOC                   | <input type="checkbox"/> Enfermedades Renales | <input type="checkbox"/> Tiroides              | <input type="checkbox"/> Depresión              |
| <input type="checkbox"/> Migrañas               | <input type="checkbox"/> Úlceras              | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Osteoporosis           |
| <input type="checkbox"/> Otro _____             |   |  |   |

---

Tipo de historia quirúrgica / fecha:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

### SOLO MUJERES

¿Último periodo menstrual? \_\_\_\_\_ ¿Normal?  Sí /  No Si no: \_\_\_\_\_

¿Si en menopausia, el período paro?  Sí /  No Año Aproximado \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has estado embarazada?  Sí /  No En caso afirmativo, ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_

¿Tiene hijos?  Sí /  No Si es así, ¿cuántos? \_\_\_\_\_

¿Último Papanicolaou? \_\_\_\_\_ ¿Normal?  Sí /  No Si no: \_\_\_\_\_

¿Última mamografía (más de 40 años)? \_\_\_\_\_ ¿Normal?  Sí /  No Si no: \_\_\_\_\_

¿Última densidad ósea (si menopáusica)? \_\_\_\_\_ ¿Normal?  Sí /  No Si no: \_\_\_\_\_

¿Última colonoscopia (más de 50 años)? \_\_\_\_\_ ¿Normal?  Sí /  No Si no: \_\_\_\_\_

### SOLO HOMBRES

MÁS DE LA EDAD DE 18

Último PSA? \_\_\_\_\_ ¿Normal?  Sí /  No Si no: \_\_\_\_\_

¿Última colonoscopia (más de 50 años)? \_\_\_\_\_ ¿Normal?  Sí /  No Si no: \_\_\_\_\_

### MANTENIMIENTO DE LA SALUD

¿Ha tenido las siguientes vacunas?

Tétano  Sí /  No ¿En caso afirmativo, fecha aproximada / año? \_\_\_\_\_

Influenza  Sí /  No ¿En caso afirmativo, fecha aproximada / año? \_\_\_\_\_

Pneumovax (más de 65 años)  Sí /  No

Vacunas contra la culebrilla (más de 60 años)  Sí /  No

¿Último examen de la vista, fecha aproximada o año? \_\_\_\_\_

¿Última visita dental, fecha aproximada o año? \_\_\_\_\_

¿Última prueba de audición (más de 65 años), fecha aproximada o año? \_\_\_\_\_

## HISTORIA SOCIAL

Ciudad natal: \_\_\_\_\_

Educación - Marque el nivel más alto de escuela completado:

Escuela Secundaria       Colegio       Otro: \_\_\_\_\_

Historial de viajes - por favor liste: \_\_\_\_\_

¿Servicio militar?  Sí /  No    En caso afirmativo, describa \_\_\_\_\_

¿Usted actualmente fuma?  Sí /  No    Si es así, ¿cuánto? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuántos años? \_\_\_\_\_

¿Quieres dejar de fumar?  Sí /  No     Necesita más información.

Si no, ¿alguna vez fumaste?  Sí /  No    ¿Cuándo renunció? \_\_\_\_\_

¿Usted bebe actualmente?  Sí /  No    Si es así, ¿cuánto? \_\_\_\_\_

Si no, ¿bebiste alguna vez?  Sí /  No    Si es así, ¿cuánto? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido problemas con la adicción?  Sí /  No

¿Qué tipo de trabajo hace usted? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta área? \_\_\_\_\_

¿Hace ejercicio?  Sí /  No    En caso afirmativo, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Estado civil? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido abusado físicamente, verbalmente o sexualmente?  Sí /  No

¿Se siente amenazado en alguna de sus relaciones?  Sí /  No

¿Tiene un testamento en vida?  Sí /  No     Necesita más información.

¿Tiene un poder médico?  Sí /  No     Necesita más información.

## HISTORIA FAMILIAR – Marque o marque todo lo que corresponda (indique los detalles cuando proceda)

	¿Vivo? (circulo)	Edad	Si fallecido: edad / causa	Cáncer	Diabetes	Enfermedad del corazón	Hipertensión
Madre	Sí / No						
Padre	Sí / No						
Hermanos							
	Sí / No						
	Sí / No						
	Sí / No						
	Sí / No						
Niños							
	Sí / No						
	Sí / No						
	Sí / No						
	Sí / No						

**VISITAS PREQUIRURGICA SOLAMENTE** – Marque o circule todo lo que aplique (indique los detalles cuando apropiado)

¿Complicaciones quirúrgicas previas?  Sí /  No En caso afirmativo, especifique \_\_\_\_\_

¿Antecedentes personales o familiares de trastornos hemorrágicos?  Sí /  No En caso afirmativo, especifique \_\_\_\_\_

¿Puedes subir un tramo de escaleras?  Sí /  No Si no, ¿por qué no? \_\_\_\_\_

---

Por favor, liste cualquier problema de salud adicional que le gustaría discutir hoy: