



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: