

HOJA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____
 ALERGIAS: _____

Mencione TODOS LOS MEDICAMENTOS que toma, incluidos los medicamentos sin receta médica y las vitaminas. Incluya las dosis específicas y cuándo los toma. Si no lo sabe, comuníquese con su farmacéutico para confirmarlo.

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL: (Marque con un círculo todas las que correspondan)

- | | | | |
|--|---|---------------------------------|----------------------------|
| ADHD (trastorno de déficit de atención con hiperactividad) | COPD (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) / Enfisema | Colesterol alto | Artritis reumatoide |
| Alcoholismo | Demencia | VIH | Trastorno de convulsiones |
| Alergias, alergias estacionales | Depresión | Hepatitis | Apnea del sueño |
| Anemia | Diabetes: 1 o 2 | Síndrome de intestino irritable | Derrame cerebral (embolia) |
| Ansiedad | Diverticulitis | Lupus | Trastorno tiroideo |
| Arritmia (ritmo cardíaco irregular) | DVT (trombosis venosa profunda, o coágulos) | Enfermedad hepática | Colitis ulcerosa |
| Artritis | GERD (enfermedad de reflujo gastroesofágico, o reflujo ácido) | Degeneración macular | |
| Asma | Glaucoma | Neuropatía | |
| Bipolaridad | Enfermedad del corazón | Osteopenia / Osteoporosis | |
| Problemas de vejiga / Incontinencia | Ataque al corazón / (MI (infarto al miocardio) | Enfermedad de Parkinson | |
| Problemas de sangrado | Hernia hiatal | Enfermedad vascular periférica | |
| Cáncer: _____ | Presión arterial alta | Úlcera péptica | |
| Dolores de cabeza | Cálculos renales | Psoriasis | |
| Enfermedad de Crohn | Enfermedad renal | PE (embolia pulmonar) | |

Último período menstrual	Fecha: _____	Normal Anormal
Colonoscopia	Sí/No Fecha: _____	Normal Anormal
Mamografía	Sí/No Fecha: _____	Normal Anormal
DEXA (densitometría ósea)	Sí/No Fecha: _____	Normal Anormal
Papanicolaou	Sí/No Fecha: _____	Normal Anormal

Otros problemas médicos no enumerados arriba:

Historial quirúrgico: Mencione todas las cirugías previas y las fechas aproximadas en que se hayan realizado.

HISTORIAL SOCIAL/CULTURAL:

Nivel de educación: Primaria Secundaria Educación profesional Universidad Posgrado / Profesional

¿Tiene problemas de la vista que afecten su comunicación? Sí No

¿Tiene problemas de audición que afecten su comunicación? Sí No

¿Tiene alguna limitación para comprender o seguir instrucciones (de manera escrita u oral)? Sí No

Situación de vida actual (marque todas las que correspondan):

- Hogar de una sola familia Hogar multigeneracional Persona sin hogar Albergue Centro especializado de enfermería Otro: _____

Consumo de cigarrillos/tabaco: Actualmente En el pasado Nunca Tipo: _____ Cantidad/día: _____

Cantidad de años: _____

Alcohol: Actualmente En el pasado Nunca Cantidad de bebidas por semana: _____

Consumo de drogas recreativas: Actualmente En el pasado Nunca Tipo: _____

¿Es sexualmente activo(a)? Sí No

¿Tiene problemas personales o preocupaciones en casa, en el trabajo o en la escuela, de los que le gustaría hablar? Sí No

¿Tiene preocupaciones culturales o religiosas relacionadas con nuestra forma de atención? Sí No

¿Tiene problemas económicos que repercuten directamente en su capacidad de manejar su salud? Sí No

¿Con qué frecuencia recibe el apoyo social y emocional que necesita?

Siempre Usualmente A veces Rara vez Nunca

¿Tiene poco interés o placer en hacer las cosas?

Para nada Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días Me niego a especificar

¿Ha sido deprimido, desanimado o se sintió desesperado?

Para nada Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días Me niego a especificar

Comentarios (siéntase con la libertad de proporcionar comentarios sobre las preguntas en cuyas respuestas marcó "sí"):

HISTORIAL FAMILIAR:

PADRE: Vivo: Edad _____ Fallecido: Edad _____

Alcoholismo	Trastorno bipolar	Depresión	Colesterol alto	Osteoporosis
Anemia	Cáncer: _____	Diabetes 1 o 2	Presión arterial alta	Derrame cerebral (embolia)
Asma	COPD (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) / Enfisema	DVT (trombosis venosa profunda, o coágulos)	Enfermedad renal	Trastorno tiroideo
Artritis	Demencia	Enfermedad del corazón	Migrañas	

Otra: _____

MADRE: Viva: Edad _____ Fallecida: Edad _____

Alcoholismo	Trastorno bipolar	Depresión	Colesterol alto	Osteoporosis
Anemia	Cáncer: _____	Diabetes 1 o 2	Presión arterial alta	Derrame cerebral (embolia)
Asma	COPD (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) / Enfisema	DVT (trombosis venosa profunda, o coágulos)	Enfermedad renal	Trastorno tiroideo
Artritis	Demencia	Enfermedad del corazón	Migrañas	

Otra: _____

HERMANOS:

Mencione otros proveedores de atención médica a quienes vea con regularidad (cardiólogo, proveedor de servicios de salud mental, nefrólogo, dentista, etc.)

Firma del paciente: _____

Fecha: _____