

HOJA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ FECHA NACIM.: _____ FECHA: _____

ALERGIAS: _____

Haga una lista de TODOS LOS MEDICAMENTOS que toma, incluidos los medicamentos y vitaminas de venta libre (OTC).

Incluya las dosis específicas y cuándo las toma. Si no lo sabe, llame a su farmacéutico para confirmarlo.

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL: (Encierre en un círculo todo lo que corresponda).

ADHD (trastorno de déficit de atención con hiperactividad)	Problemas de sangrado	GERD (reflujo ácido)	Hepatitis	Psoriasis
Alcoholismo	Cáncer: _____	Glaucoma	IBS (colon irritable)	Embolia pulmonar
Alergias estacionales	Dolores de cabeza	Enfermedad del corazón	Lupus	Artritis reumatoide
Anemia	Enfermedad de Crohn	Ataque al corazón	Enfermedad del hígado	Trastorno de convulsiones
Ansiedad	COPD (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)/enfisema	Hernia de hiato	Degeneración macular	Apnea del sueño
Arritmia	Demencia	Presión alta	Neuropatía	Ictus
Artritis	Depresión	Cálculos de riñón	Osteopenia/Osteoporosis	Trastorno de la tiroides
Asma	Diabetes: 1 o 2	Enfermedad de los riñones	Enfermedad de Parkinson	Colitis ulcerosa
Bipolaridad	Diverticulitis	Colesterol alto	Vasos sanguíneos estrechados	
Problemas de la vejiga	DVT (trombosis venosa profunda o coágulos)	VIH	Úlcera péptica	

Otros problemas médicos no mencionados arriba:

Historia quirúrgica: Mencione todas las operaciones anteriores y las fechas aproximadas.

Historia de pruebas y cribados médicos: Mencione todas las pruebas y cribados médicos que correspondan.

Fecha del último período menstrual: _____	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Con anomalías	
Fecha de la colonoscopia: _____	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Con anomalías	Lugar donde se hizo: _____
Fecha de la mamografía: _____	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Con anomalías	Lugar donde se hizo: _____
Fecha de Dexa (exploración de densidad ósea): _____	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Con anomalías	Lugar donde se hizo: _____
Fecha del Papanicolau: _____	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Con anomalías	Lugar donde se hizo: _____

HISTORIA SOCIAL/CULTURAL:

Nivel de educación: Elemental Escuela secundaria Formación profesional Educación superior Graduado/Profesional

¿Hay algún problema que afecte a su comunicación? Preocupaciones sobre la vista Preocupaciones sobre el oído

¿Tiene alguna limitación para comprender o seguir las instrucciones (escritas o habladas)? Sí No

Situación de vivienda actual (marque todo lo que corresponda): Casa unifamiliar Casa multigeneracional Sin casa

Refugio Centro de enfermería especializada Otros: _____

Fumar/consumo de tabaco: Nunca En el pasado Actualmente Tipo: _____ Cantidad/día: _____ Número de años: _____

Alcohol: Nunca En el pasado Actualmente Tragos/semana: _____

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

¿Es usted sexualmente activo? Sí No

¿Cómo describiría su orientación sexual? Heterosexual Lesbiana, gay u homosexual Bisexual

No sé/Desconocido Prefiero no revelarlo

¿Cuál es su identidad de género actual? Hombre Mujer Hombre transgénero (de mujer a hombre)

Mujer transgénero (de hombre a mujer) Genderqueer (no exclusivamente masculino ni femenino) Prefiero no revelarlo

¿Qué sexo le asignaron al nacer? Hombre Mujer

¿Tiene algún problema o preocupación personal en casa, en el trabajo o en la escuela que le gustaría tratar? Sí No

¿Tiene alguna preocupación cultural o religiosa relacionada con la atención que prestamos? Sí No

¿Tiene algún problema económico que afecte directamente a su capacidad para administrar su salud? Sí No

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

Siempre Generalmente Algunas veces Pocas veces Nunca

¿Encuentra poco interés o placer en hacer cosas?

En absoluto Algunos días Más de la mitad de los días Casi todos los días Prefiero no especificarlo

¿Ha estado sintiéndose deprimido, desanimado o desesperado?

En absoluto Algunos días Más de la mitad de los días Casi todos los días Prefiero no especificarlo

Comentarios (No dude en comentar cualquier respuesta de arriba donde haya marcado "Sí"):

HISTORIA FAMILIAR:

PADRE: Vivo: Edad _____ Fallecido: Edad _____

Alcoholismo	Trastorno bipolar	Depresión	Colesterol alto	Osteoporosis
Anemia	Cáncer: _____	Diabetes tipo 1 o 2	Presión alta	Ictus
Asma	COPD (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)/enfisema	DVT (trombosis venosa profunda o coágulos)	Enfermedad de los riñones	Trastorno de la tiroides
Artritis	Demencia	Enfermedad del corazón	Migrañas	

Otros: _____

MADRE: Viva: Edad _____ Fallecida: Edad _____

Alcoholismo	Trastorno bipolar	Depresión	Colesterol alto	Osteoporosis
Anemia	Cáncer: _____	Diabetes tipo 1 o 2	Presión alta	Ictus
Asma	COPD (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)/enfisema	DVT (trombosis venosa profunda o coágulos)	Enfermedad de los riñones	Trastorno de la tiroides
Artritis	Demencia	Enfermedad del corazón	Migrañas	

Otros: _____

HERMANOS: _____

Mencione otros proveedores médicos que visita habitualmente (p. ej., cardiólogo, proveedor de salud mental, médico especializado en riñones, dentista, etc.)

Firma del paciente: _____

Actualizado: 05/28/2024

Página 2 de 2