

Historia Médica y Social Para Adultos

Nombre _____

Número del cliente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre		Fecha de Nacimiento	Fecha Actual	
Ocupación		Empleador		
Cónyuge / Pareja		Número de hijos	Años de educación	
Anote Alergias y Reacciones		Historia Médica de Usted y su Familia		
<input type="checkbox"/> Ninguna			Usted	Madre
			Padre	Hermana
			Hermano	Abuela Maternal
			Abuelo Maternal	Abuela Paternal
			Abuelo Paternal	
Cirugías y Hospitalización		Fecha		
Medicamentos Actuales, Dosis Y Frecuencia		Abuso de Alcohol		
(incluyendo vitaminas, medicamentos sin receta médica y preparaciones herbales, remedios caseros)		Abuso de Drogas		
Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Alergias, nasal/ojos	
			Artritis	
			Asma	
			Sangrados/Desorden de Sangre	
			Coágulo de Sangre en el Brazo/La Pierna	
			Cáncer	
			Depresión	
			Diabetes	
			Problemas Gastrointestinales	
			Enfermedades Genéticas / Defectos de Nacimiento	
			Problemas Genitourinarios	
			Dolores de Cabeza/Migrañas	
			Problemas del Corazón (Ataques/angina)	
			Colesterol Alto	
			Presión Alta de la Sangre	
			Enfermedad de Riñón	
			Enfermedad Mental	
			Intento de Suicidio	
Estado Familiar		Desorden Musculoesquelético		
Relación	Vivo	Fallecido	Desorden de Sistema Nervioso	
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obesidad	
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	
Hermana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia de Células Falciformes	
Hermano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apoplejía	
Hija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Tiroides	
Hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	
Otro: (describa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con la Vista	
			Otro: (describa)	



Historia Médica y Social Para Adultos - continuación

Uso de Sustancia				
Uso de Tabaco	Cuanto	Años	Fecha Que lo Dejó	Tipo
<input type="checkbox"/> Nunca				
<input type="checkbox"/> Segunda Mano				<input type="checkbox"/> Cigarros <input type="checkbox"/> Inhalar
<input type="checkbox"/> Dejó				<input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Mascar
<input type="checkbox"/> Sí				<input type="checkbox"/> Puros
Comentarios				
Uso de Alcohol	Cuanto	Años	Fecha Que lo Dejo	Tipo
<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> Dejar				
<input type="checkbox"/> Sí				Botellas de cerveza
<input type="checkbox"/> Sí				Vasos de vino
<input type="checkbox"/> Sí				Licor fuerte/Chupito
Comentarios				

Uso de Sustancia		
Uso de Drogas	Cuanto	Tipo
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Dejar		
<input type="checkbox"/> Sí		Uso de Drogas vía intravenosa
<input type="checkbox"/> Sí		Cocaína
<input type="checkbox"/> Sí		Crack
<input type="checkbox"/> Sí		Éxtasis
<input type="checkbox"/> Sí		Heroína
<input type="checkbox"/> Sí		Dietilamida del Ácido Lisérgico
<input type="checkbox"/> Sí		Marihuana
<input type="checkbox"/> Sí		Metanfetamina
<input type="checkbox"/> Sí		Otro (describa)
Comentarios		

Se identifica como	Sus pronombres preferidos:
Masculino <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/>	/ /
Femenino <input type="checkbox"/> Fluido de género <input type="checkbox"/>	
Transgénero Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
Transgénero Masculino a Femenino <input type="checkbox"/>	

Para Mujeres y Hombres		
Actividad Sexual	Parejas	Riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual
<input type="checkbox"/> Actualmente No	<input type="checkbox"/> Femenino	¿Usa usted condones para protegerse contra las enfermedades sexualmente transmitidas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Masculino	Número de parejas sexuales en los últimos 3 meses _____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ambos	Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses _____
¿Es su pareja bisexual, utiliza drogas intravenosas, o ha tenido múltiples parejas o tiene el VIH u otra Infección de transmisión sexual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Usted tiene una historia de enfermedad de transmisión sexual?		
<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Clamidia	<input type="checkbox"/> Hepatitis B
<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Gonorrea	<input type="checkbox"/> Otro
¿Alguna vez ha sido víctima de abuso físico o sexual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Sólo Para Mujeres		
Anticonceptivos / Protección (Método Actual) A <input type="checkbox"/> (Método Pasado) P <input type="checkbox"/>		
A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Condón	A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Píldora	A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Diafragma
A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Dispositivo Intrauterino	A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Implante	A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Esponja
A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Espermicida	A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Método de Ogino	A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Parche
A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Inyección	A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Capuchón cervical	A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Retiro antes de eyaculación
A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Mirena	A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Anillo Vaginal	<input type="checkbox"/> Tipo quirúrgico:



Historia Médica y Social Para Adultos - continuación

Sólo Para Mujeres - continuación

¿Está usando anticonceptivos en estos momentos? Sí No

¿Ha tenido usted algún problema con algún método anticonceptivo? Sí No

Si la respuesta es afirmativa favor explicar:

Historial de Menstruación / Embarazo: ¿Qué edad tenía cuando comenzó su menstruación?

Nunca he estado Embarazada Actualmente Embarazada Planeando quedar embarazada durante el próximo año

Fecha de cuando terminó su último embarazo: Número de embarazos: Número de bebés nacidos vivos: Número de embarazos Ectópicos:

Número de abortos electivos / terapéuticos: Número de abortos involuntarios: Número de hijos vivos:

Trastorno disfórico premenstrual Sí No ¿Cuándo comenzó su última menstruación?

¿Tiene usted cólicos menstruales? Sí No Sangrado: Ligero Medio Pesado Manchado Sí No

¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou?

¿Ha tenido un Papanicolaou anormal? Sí No

¿Si su Papanicolaou fue anormal, cómo fue tratado?

Si usted nació entre 1940-1970 ¿consumió su madre dietilestilbestrol mientras estaba embarazada de usted? Sí No No sé

Última Fecha que Tuvo:

Vacunas				Pruebas/Exámenes			
	Fecha		Fecha		Fecha		Fecha
<input type="checkbox"/> Vacuna contra La Gripe		<input type="checkbox"/> Prueba de Tuberculosis		<input type="checkbox"/> Oculista		<input type="checkbox"/> Densidad Ósea	
<input type="checkbox"/> Tétanos		<input type="checkbox"/> Rubéola		<input type="checkbox"/> Sangre en la Heces		<input type="checkbox"/> Mamograma	
<input type="checkbox"/> Pulmonía		<input type="checkbox"/> Paperas		<input type="checkbox"/> Colonoscopia		<input type="checkbox"/> Examen del Colesterol	
<input type="checkbox"/> Sarampión, Paperas, Rubéola				<input type="checkbox"/> Examen del VIH			
<input type="checkbox"/> Tétanos, Difteria, Tos Ferina				<input type="checkbox"/> Examen de clamidia/ gonorrea			
<input type="checkbox"/> Sarampión							
<input type="checkbox"/> Virus del Papiloma Humano							
<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B							

Preocupaciones Personales:

	No	Sí		No	Sí
¿Ha estado en el ejército?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene preocupaciones sobre su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido una transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sigue una dieta especial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene preocupaciones en cuanto a la Cafeína?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene preocupaciones sobre el cuidado de la espalda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Exposición a riesgos laborales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hace ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Exposición a pasatiempos riesgosos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa un casco de bicicleta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene preocupaciones sobre el sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa cinturón de seguridad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene preocupaciones sobre el estrés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios:

