

Historia Medica y Social Para Adultos

Nombre _____

Numero del cliente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre		Fecha de Nacimiento	Fecha Actual	
Ocupación		Empleador		
Cónyuge / Pareja		Numero de hijos	Años de educación	
Anote Alergias y Reacciones		Historia Medica de Usted y su Familia		
<input type="checkbox"/> Ninguna			Usted	Madre
			Padre	Hermana
			Hermano	Abuela Maternal
			Abuelo Maternal	Abuela Paternal
			Abuelo Paternal	Abuelo Paternal
Cirugías y Hospitalización		Fecha		
Medicamentos Actuales, Dosis Y Frecuencia		Abuso de Alcohol		
(incluyendo vitaminas sobre el mostrador y preparaciones herbales)		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 Musculoesqueletal		
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 Medica y Social Para Adultos - continuo

Uso de Sustancia				
Uso de Tabacco	Cuanto	Años	Fecha Que lo Dejo	Tipo
<input type="checkbox"/> Nunca				
<input type="checkbox"/> Segunda Mano				<input type="checkbox"/> Cigarros <input type="checkbox"/> Inhalar
<input type="checkbox"/> Dejar				<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 via intravenosa
<input type="checkbox"/> Sí		Cocaína
<input type="checkbox"/> Sí		Crack
<input type="checkbox"/> Sí		Éxstasis
<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		

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:
¿Ha tenido usted algún problema con algún método de anticonceptivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si la respuesta es afirmativa sírvanse explicar:		

Historia Medica y Social Para Adultos - continuo

Sólo Para Mujeres - coninuo

¿Está usando anticonceptivos en estos momentos? Sí No

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

<input type="checkbox"/> Nunca he estado Embarazada	<input type="checkbox"/> Actualmente Embarazada	<input type="checkbox"/> Planeando quedar embarazada durante el próximo año	
Fecha de cuando termino 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 desfórico premenstrual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuándo comenzo su última menstruación?	
¿Usted tiene los cólicos menstruales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrado: <input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Pesado	Manchado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou?			
¿Ha tenido un papanicolao anormal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Si su papanicolao fue anormal, cómo fue tratado?			
Si usted nació entre 1940-1970, consumió su madre dietilestilbestrol mientras estaba embarazada de usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> No sé			

Última Fecha que Tuvo:

Vacunas		Pruebas/Exámenes			
	Fecha		Fecha		Fecha
<input type="checkbox"/> Vacuna contra La Gripe		<input type="checkbox"/> Prueba de Tuberculosis		<input type="checkbox"/> Oculista	
<input type="checkbox"/> Tétanos		<input type="checkbox"/> Rubéola		<input type="checkbox"/> Sangre en la Heces	
<input type="checkbox"/> Pulmonía		<input type="checkbox"/> Paperas		<input type="checkbox"/> Colonscopia	
<input type="checkbox"/> Sarampión, Paperas, Rubéola		<input type="checkbox"/> Examen del VIH		<input type="checkbox"/> Densidad Ósea	
<input type="checkbox"/> Tétanos, Difteria, Tos Ferina		<input type="checkbox"/> Examen de clamidia/ gonorrea		<input type="checkbox"/> Mamograma	
<input type="checkbox"/> Sarampión				<input type="checkbox"/> Examen del Colesterol	
<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 del 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 riesgos de pasatiempos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa un casco de bicicleta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene preocupaciones de sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa su 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: