



Nombre del Paciente: _____

Medico Primario: _____

Medico que dio referencia: _____

Historial de Salud del Nuevo Paciente

Sus respuestas en este formulario le ayudarán a su proveedor de atención médica a entender mejor sus preocupaciones y condiciones médicas. Por favor, tómese el tiempo para completar este cuestionario antes de su cita. **¡Gracias!**

Motivo principal de la visita de hoy:

Historial de salud del paciente: por favor revise cualquier problema actual y/o pasado:

- Asthma
- Arthritis / Artritis Reumatoide _____
- Anemia
- enfermedad autoinmune
- Enfermedad de las infecciones (HIV/TB)
- EPOC
- Cancer, Si es así, especifique qué tipo: _____
- Enfermedad de Crohn
- Diabetes, Si es así, especifique qué tipo: _____
- Trastornos neurológicos / convulsiones
- Trastorno psicológico / depression / ansiedad
- Hipertensión
- Hipotiroidismo
- Colesterol alto
- Enfermedades cardíacas
- Trastorno gastrointestinal, acidez estomacal o indigestión
- Enfermedad renal
- Osteoporosis

¿Qué medicamentos está tomando actualmente? (incluya productos de venta libre, vitaminas y remedios herbales)

¿Ha sido hospitalizado? Por favor note las fechas y razones aproximadas:

¿Se ha operado? Por favor note las fechas y razones aproximadas:

¿Tiene alergias a medicamentos? Si ____ No ____
Favor de notar que medicamentos:

¿tuvo la vacuna contra la influenza este año? Si ____ No ____

Antecedentes familiares (sírvese indicar a los miembros de la familia con cualquiera de las siguientes condiciones):

Historial de Salud del Nuevo Paciente– Pagina 2

	Madre	Padre	Hermanos
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crónica congestionada, secreción nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas sinusales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias a los alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno inmunológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos cutáneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medio ambiente/historia social:

¿Tiene mascotas en casa? Si ___ No ___

¿Qué tipo de piso tiene en casa?
alfombra azulejo madera laminado

Si es así, por favor marque y note: Gato perro pájaro otro

Historia del tabaquismo:

¿Fumas? Sí _____ No _____ ¿ cuando dejo de fumar: _____
¿Cuántos paquetes por día? _____ cuantos años tiene fumando _____
¿hay personas que fuman viviendo en el hogar? Si ___ No ___

¿Ha tenido pruebas de alergia anterior de laboratorio o la prueba de la piel? Si es así, por favor note cuándo y dónde hizo el examen (ej; Quest Diagnostics, PAL, Foundation Lab, LabCorp o consultorio médico):

Sólo para mujeres: ¿Cuándo fue tu última papanicolau? (por favor, note la fecha aproximada que se hizo)

¿Cuándo fue tu última mamografía? (por favor, note la fecha aproximada que se hizo)

¿Cuándo fue tu última colonoscopia? (por favor, note la fecha aproximada que se hizo)

Sólo para hombres: ¿Cuándo fue tu última colonoscopia? (por favor, note la fecha aproximada que se hizo)

Para la Oficina Solamente:

Revisado por: _____