



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:** 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

-Esta embarazada or piensa estar embarazada?  Si  No

¿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 \_\_\_\_\_

(Rellene la página de atrás)

## Historial de Salud del Nuevo Paciente– Pagina 2

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

	Madre	Padre	Hermano	Hermana
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crónica congestionada, secreción nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas sinusales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias a los alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno inmunológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos cutáneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta Pression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer: (Especifique cual) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### MEDIO AMBIENTE:

¿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

### COMPORTAMIENTOS SOCIALES:

- Fuma:  Actual  Anterior  Nunca
- Humo pasivo  Si  No
- Riesgo de HIV  Si  No
- Consumo de Drogas:  Si  No
- Consumo de Alcohol:  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):

### SOLO 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)

### SOLO PARA HOMBRES:

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