



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:

- Alcoholismo
- Anemia
- Arthritis / Arthritis Reumatoide _____
- Asma
- Autismo
- Enfermedad autoinmune/ Lupus/ Barra de Epstein(virus)/ COVID
- Cancer, Si es así, especifique qué tipo: _____
- Colesterol
- COPD
- Enfermedad de Crohn
- Diabetes, Si es así, especifique qué tipo: _____
- Fibromialgia/ Multiple esclerosis
- Hipertensión
- Hipotiroidismo
- Enfermedad infecciosa (VIH/TB)
- Migrañas
- Trastornos neurológicos / convulsiones
- Osteoporosis
- Trastorno psicológico / depression / ansiedad / otro: _____
- Urticaria / Dermatitis / Eczema
- Fiebre del Valle

*¿Está embarazada o 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:

VACUNAS

*Ultima vacuna de la gripe recibida: _____ *Vacuna de COVID? Si _____ No _____ Marca: _____ Cantidad: _____

AMBIENTE LABORAL

*Trabaja usted dentro/fuera? _____ Ocupación: _____

(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
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<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"/>
Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad celiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatías congénitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD	<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"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczema (dermatitis atópica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia a alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden inmunológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urticaria (ronchas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer Uterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre del Valle	<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 laminada Otro: _____

Si es así, por favor especifique y si ellos están dentro/fuera o ambos.

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 Diagnósticos, PAL, Fundación 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) _____