



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:

- ___ 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
- ___ 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 anote las fechas y razones aproximadas:

*¿Ha tenido alguna cirugía? Por favor anote 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"/>
Cáncer de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la arteria coronaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polios en el colon	<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"/>
Sordera	<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"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Huntington	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riñón/ Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmón/Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Melanoma	<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"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de ovario	<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"/>
Cáncer de páncreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de próstata	<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"/>
Skin cancer (Maligno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AMBIENTE/SOCIAL HISTORIA

¿Tiene mascotas en casa? Si ___ No ___ ¿Qué tipo de piso tiene en casa? **Circule todos los que apliquen**
alfombra azulejo madera laminada Otro: _____

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

COMPORTAMIENTOS SOCIALES:

- Estado de fumar Actual Anterior Nunca
- Vapeador/ cigarro eléctrico Si No
- Fumador Pasivo Si No
- VIH riesgo 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) _____