



Historial Médico de Adulto *Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial*

Nombre		Fecha de Nacimiento	Fecha de Hoy
Puesto de Trabajo o Último Empleo		Actual/Último Lugar de Empleo	
Teléfono # (casa)	(Empleo)*	(celular)	Soltero Casado Viudo/a Otro
Cónyuge (o compañero)/hijos; nombres y edades:			

PREOCUPACIONES DE SALUD

Anote aquí cualquier preocupación de salud seria, si aplica. Por favor tenga en cuenta que un examen físico general (o examen de bienestar de Medicare) se enfoca en la medicina preventiva y el mantenimiento de la salud. Mientras que se pueden identificar nuevos problemas, es muy probable que su diagnóstico completo y el tratamiento se aplazarán para una visita de seguimiento.

HISTORIAL MÉDICO DEL PASADO	
Anote cualquier enfermedad seria (tal como diabetes, enfermedad del corazón, cáncer, etc.) y el año que sucedió o comenzó la enfermedad.	
Cirugías o lesiones grandes (anote el año por favor):	
¿Alguna vez ha tenido una prueba de tuberculosis? SÍ NO Si la respuesta es SÍ, escriba el año aproximado: _____ ¿Salió positiva o negativa? _____	¿Alguna vez ha recibido una transfusión de sangre? SÍ NO Si la respuesta es SÍ, escriba el año aproximado: _____

INMUNIZACION

Favor de marcar con un circulo las vacunas que ha recibido y la fecha más reciente que ha recibido una.

Tétano: _____ Influenza (vacuna de la gripe): _____ Pneumovax (vacuna contra la neumonía): _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Anote cualesquier reacciones que ha tenido a los medicamentos (por ejemplo, a penicilina o sulfa)

Antecedentes familiares y salud actual

MEDICAMENTOS (Recetada y Sin Receta)

INCLUYENDO: vitaminas, antiácidos, Tylenol, Ibuprofeno (Motrin, Advil), aspirina, cualesquier medicamentos herbales o remedios, etc)

Por favor enumere los que toma con regularidad y la dosis ingerida.

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Algún miembro de la familia (padres naturales, hermanos, abuelos) han tenido algunos de los siguientes problemas? **FAVOR DE MARCAR EL PROBLEMA (SI HAY OPCIONES) Y LA EDAD QUE TENÍA CUANDO EMPEZÓ EL PROBLEMA, SI LA SABE**

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANAS	HERMANOS	ABUELOS
Diabetes					
Cáncer del Seno, próstata o colon					
Enfermedad del corazón o ataque al corazón					
Presión Alta					
Derrame Cerebral					
Alcoholismo					
Osteoporosis (huesos frágiles, fractura de la cadera)					
Depresión/Ansiedad/Trastorno Bipolar					
Vesícula Biliar/Cálculos Renales/Úlcera Estomacal					
Otra					

PRÁCTICAS ACTUALES DE SALUD

¿Hace ejercicios regularmente? **SÍ NO** Tipo de ejercicio: _____

¿Toma alcohol? **SÍ NO** Si la respuesta es sí, qué clases bebe? _____

Como promedio, ¿cuánto bebe por día? _____ ¿Por semana? _____

¿Alguna vez alguien, incluyendo su familia, le ha dicho que la bebida le podría estar causando un problema? **SÍ NO**

Si la respuesta es **SÍ**, ¿quién fue la persona que le dijo esto? _____

¿Cree que es importante perder peso en este momento? **SÍ NO**

Marque la palabra que aplique al uso que usted da a su cinturón de carro **SIEMPRE A VECES NUNCA**

¿Alguna vez ha usado productos de tabaco regularmente? **SÍ NO** Si la respuesta es **SÍ**, favor de completar lo siguiente:

Producto de Tabaco	Edad que empezó	Cuánto tiempo (años)	Promedio que usaba/fumaba por día	¿Todavía lo usa/fuma? SÍ/NO
				Año que lo dejó:

Revisión de los Sistemas

Favor de marcar con un **CIRCULO** los elementos a continuación con los que ha tenido problemas significativos.

GENERAL		
Cambio reciente de peso	Demasiado cansancio	Siempre con calor-----Siempre con frio
Erupciones o problemas de la piel	Sudor de Noche----Bochornos/Sofocos	Manchas, lunares o piel que han cambiado o son recientes

OJOS, OIDOS, NARIZ y GARGANTA		
Cambio reciente de peso	Cambio reciente en su audición	Cambio reciente en su visión
Problemas con los dientes o las encías	¿Ha tenido otros problemas con los ojos, oídos, nariz o garganta? SÍ NO	

CORAZÓN y LOS PULMONES		
Tos diaria	Dificultad para respirar mientras que está acostado	Hinchazón del tobillo
Dolor en el pecho	Toz con sangre	Calambres en las piernas al caminar
Sibilancia	Dificultad para respirar en el día o la noche	

SENOS (MUJERES)	
Bolas o bultos/Cualesquier cambios en la piel	¿Se auto-examina los senos cada mes? SÍ NO
Drenaje del pezón o pezones	Mes y año de la última mamografía:

GASTROINTESTINAL		
Cambio en el apetito	Diarrea-----Estreñimiento	Dificultad en tragar
Sangre en las heces-----Heces negras	Agruras	

GENITOURINARIO (TANTO HOMBRES como MUJERES)		
Dificultad para empezar a orinar	Orina más de dos veces por noche	Pérdidas de orina
Sangre en la orina	Dolor al orinar	Dolor o problemas con las relaciones sexuales
Tiene interés sexual en los hombres ---mujeres---o ambos: (Por favor marque)	Llagas en el área genital	
¿Tiene o ha tenido dificultades con su vida sexual? SÍ NO		

GENITOURINARIO (SOLO PARA MUJERES)		
Cambio en el patrón menstrual SÍ NO	Fecha del último periodo menstrual:	Número de hijos: Niños___ Niñas___
Secreción vaginal inusual o picazón SÍ NO	Frecuencia/Duración de los periodos menstruales:	Fecha del último examen pélvico:
Calambres menstruales discapacitantes SÍ NO		Ha tenido un Papanicolaou anormal en el pasado SÍ NO Si la respuesta es SÍ , Escriba la fecha:

GENITOURINARIO (SOLO PARA HOMBRES)	
Dificultad en tener o mantener una erección SÍ NO	Dolor o bola/bulto en los testículos o escroto SÍ NO

NEUROSIQUIATRICO		
Dolores de cabeza frecuentes y discapacitantes	Desmayos	Ansiedad frecuente
Dificultad en dormir	A menudo se siente triste o deprimido	
Tratamiento en el pasado para problemas emocionales o psicológicos		

MUSCOLOESQUELÉTICO		
Dolor frecuente en el cuello o espalda	Calambres en las piernas de noche o "piernas inquietas"	Problemas musculares o articulares

VIDA SOCIAL		
Cambios grandes recientes en su vida	Dificultades económicas	Insatisfecho con el empleo actual
Cosas especialmente estresantes en su vida	En una relación abusiva (físico, sexual, verbal)	
Otras preocupaciones sobre las cuales le gustaría conversar:		