



# Forma de Historia Medicinal del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Medico que veia previamente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Problemas medicos actuales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otras preocupaciones que desea discutir con el medico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lista de recetas actuales (incluye dosis, razon por tomarla y quien lo receto):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lista de medicamentos sin receta vitaminas y suplementos alimenticios que toma: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alergias (incluyendo reaccion): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lista de cirugias que has tenido (incluye año, cirujano y hospital): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describir hospitalizaciones/enfermedades no incluidos arriba (incluye año y hospital): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>Has tenido (encierre):</b>	migrañas	hepatitis	mononucleosis	ulcera
sangrado	coagulos de sangre	lesion en la cabeza	drogadiccion	calculos biliares
tuberculosis	enfermedad sexual		ataque de corazon	artritis
problemas de memoria	psoriasis	murmullos de corazon	fiebre reumatica	poliomyelitis
culebrilla (shingles)	alcoholismo	depresión	enfermedad mental	gota
hemorroides	problemas auditivos	problemas de vista	otro problema	_____

**Cuando fue su ultima:**

Inyeccion de tetano \_\_\_\_\_ Inyeccion de gripe \_\_\_\_\_  
 Vacuna de pulmonia \_\_\_\_\_  
 Vacuna de hepatitis \_\_\_\_\_ Prueba de tuberculosis \_\_\_\_\_ Colonoscopia \_\_\_\_\_  
 Radiografía de pecho \_\_\_\_\_ Electrocardiograma \_\_\_\_\_ Prueba de SIDA \_\_\_\_\_  
 Examen rectal \_\_\_\_\_ Análisis de sangre \_\_\_\_\_

# Forma de Historia Medicinal del Paciente

## MUJERES

Edad del primer período \_\_\_\_\_ Fecha del último período normal \_\_\_\_\_ No. de embarazos \_\_\_\_\_

No. de nacimientos con vida \_\_\_\_\_ No. de hijo(s) que viven con usted \_\_\_\_\_

Método contraceptivo \_\_\_\_\_

Fecha de último papanicolaou \_\_\_\_\_ Donde fue \_\_\_\_\_

Fecha de última mamografía \_\_\_\_\_ Donde fue \_\_\_\_\_

Tiene (encierre):

Período irregulares Calambres Fuertes del período Período pesado dolor pélvico infertilidad

Dificultad sexual calores de menopausia sequedad vaginal sangrado vaginal olor vaginal

picazón vaginal tensión premenstrual cambios en los senos mamografía anormal

papanicolaou anormal

## TODO

Quien en su familia tiene/ha tenido (encierre si fue la causa de muerte y apunte edad)

Enfermedades del corazón \_\_\_\_\_ trastorno genético \_\_\_\_\_

diabetes \_\_\_\_\_ cáncer \_\_\_\_\_

enfermedades de la tiroides \_\_\_\_\_ alcoholismo \_\_\_\_\_

enfermedad mental \_\_\_\_\_ artritis \_\_\_\_\_

glaucoma \_\_\_\_\_ asma \_\_\_\_\_

alergias \_\_\_\_\_ problemas del estómago \_\_\_\_\_

tuberculosis \_\_\_\_\_ presión alta \_\_\_\_\_

Lista cualquier otra enfermedad que corre en su familia y especifica su parentesco. \_\_\_\_\_

Quien vive con usted? \_\_\_\_\_

Tiene hijos? \_\_\_\_\_ Si responde si, liste nombres, edades, y cualquier problema médico \_\_\_\_\_

Donde trabajas/trabajabas? \_\_\_\_\_

Cuantos años fue a la escuela? \_\_\_\_\_

Cuanto pesa? \_\_\_\_\_ Cuanto deseas pesar? \_\_\_\_\_ Peso máximo? \_\_\_\_\_ Peso mínimo?

Haces/hacías ejercicio? \_\_\_\_\_ Cuanto? \_\_\_\_\_ horas/semana? # de años? \_\_\_\_\_ Año que dejó de hacer ejercicio?

\_\_\_\_\_ Que tipo de ejercicio? \_\_\_\_\_

# Forma de Historia Medicinal del Paciente

Fumas/Fumabas? \_\_\_\_\_ Cuanto? \_\_\_\_\_ cajas al dia \_\_\_\_\_ No. de años? \_\_\_\_\_ Año que dejo de fumar? \_\_\_\_\_

Cuando fue la ultima vez que trato de parar? \_\_\_\_\_ Cuantas veces has tratado de parar? \_\_\_\_\_

Has logrado parar en el pasado? \_\_\_\_\_

Toma/tomaba alcohol? \_\_\_\_\_ Cantidad? \_\_\_\_\_ tragos/semana \_\_\_\_\_ No. de años? \_\_\_\_\_

Año que dejo de consumir \_\_\_\_\_ Problema actual/previo con alcohol? \_\_\_\_\_ AA? \_\_\_\_\_

Usa/usaba (encierre): heroína marihuana cocaína metanfetaminas tabaco de mascar pildoras de dieta

Tiene un historial de abuso/adicción a medicina con prescripción? \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_

Que tanto consume cafeína (café, te, soda)? frecuentemente \_\_\_\_\_ ocasional \_\_\_\_\_ nunca \_\_\_\_\_

Usa cinturón en el carro? \_\_\_\_\_ Maneja moto/bicicleta? \_\_\_\_\_ Si responde si, usa casco? \_\_\_\_\_

Usa bloqueador del sol? \_\_\_\_\_ Tiene pistola/arma de fuego en casa? \_\_\_\_\_

Describir su dieta. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describir problemas de piel \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describir algun problema de pulmon o respiratorio \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describir problemas con estomago, intestinos, colon, digestion. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describir cualquier problema de orina. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describir preocupacion sexual. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describir cualquier problema muscular, de huesos or articulaciones. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describir cualquier problema de concentracion, estado de animo, nivel de energia, interes en la vida, etc. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describir problemas de vigor, sensacion, coordinacion o funcion neurologica. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otra cosa que nos quiera dejar saber? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma y fecha:** \_\_\_\_\_