



Nombre: _____
Numero de Computadora: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Por que razón está usted aquí hoy? _____

Tiene alergias a medicamentos? _____ Si su respuesta es si, a cuales y describa su reacción: _____

Medicinas que toma actualmente (incluyendo anticonceptivos, esta tomando medicamentos, pastillas naturales, etc.): _____

Número de parejas sexuales en el último año? _____ Sexo de su pareja: Femenino _____ Masculino _____

Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales? _____

Qué método anticonceptivo está usando o tomando? _____ Número de embarazos: _____

Fecha del último embarazo o aborto: _____ Niños prematuros: _____ Abortos: _____

Niños vivos: _____ Está dando pecho ahora? _____ Primer día de su último período menstrual: _____

Cuántos días duró?: _____ Fecha de su último Papanicolaou: _____

Fue normal? Si No Fecha de su último examen de la próstata (los hombres): _____

Fue normal? Si No

CIRCULE SU RESPUESTA:

Hace ejercicio diariamente? Si No

Le gustaría hablar con alguien sobre su dieta? Si No

Usa cinturón de seguridad? Si No

Toma alcohol? Si No

Cuanto y que tan seguido? _____

Usa drogas? Si No

De que tipo usa? _____ Que tan seguido? _____

Su pareja usa drogas? Si No

De que tipo usa? _____ Que tan seguido? _____

Fuma o ha fumado? Si No

Fuma ahora? Si No

Cuantos por día? _____

Le gustaría hablar con alguien sobre problemas que usted o su familiar tenga con fumar, alcohol o drogas? Si No

Usted esta o a estado en una relación que a sido abusada(o) físicamente, amenazada(o) o a causado miedo? Si No

Preguntas/Comentarios: _____

Alguna vez ha tenido alguno de estos problemas? Si la respuesta es Sí, por favor proporcione la fecha y explique.

	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	FECHA/EXPLIQUE
ANEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ENFERMEDAD DE LA VESÍCULAR BILIAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ENFERMEDAD DE LA TIROIDES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
PAPANICOLAOU ANORMAL (NO NORMAL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
MAMOGRAFÍA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
PROBLEMAS CON LOS SENOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ALTA PRESIÓN ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
DOLORES DE CABEZA SEVERO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
COÁGULOS DE SANGRE EN LOS PULMONES O LAS PIERNAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
EMBOLIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ENFERMEDAD DEL CORAZÓN O SOPLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ENFERMEDAD SEXUALMENTE TRANSMITIDA (VENÉREA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
EMBARAZO ECTÓPICO O FUERA DE LA MATRIZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
DEPRESIÓN O ENFERMEDAD NERVIOSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
HEPATITIS O ENFERMEDAD DEL HÍGADO	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
PRUEBA DEL VIH O CONSEJERÍA	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
ULCERAS.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
SANGRE EN LA ORINA O EXCREMENTO	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
CONVULSIONES	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
CÁNCER	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
PROBLEMA CON LA VISIÓN O AUDICIÓN	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
OTROS	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____

Alguna vez ha estado hospitalizado (a) o tenido cirugía? Si No

FECHA	RAZÓN
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ha tenido una transfusión de sangre? Si No Si es su respuesta es si, cuando? _____

HISTORIA FAMILIAR:

Tiene Ud. Historia clínica familiar de lo siguiente? Por favor mencione el erentesco con el familiar que anota y proporcione la edad. (**EJEMPLO:** Tío/ 56 años; hermana/25 años; padre 65 años)

ENFERMEDAD DE LA TIROIDES_____	CÁNCER DEL SENO_____
CÁNCER DEL COLON_____	OTRO TIPO DE CÁNCER (ESPECIFIQUE)_____
ATAQUE CARDÍACO_____	DIABETES_____
EMBOLIA_____	ALTA PRESIÓN ARTERIAL_____
DEPRESIÓN/ENFERMEDAD MENTAL_____	TUBERCULOSIS_____
ALCOHOLISMO_____	ANEMIA_____
OTRO_____	

Tomó su madre hormonas cuando ella estaba embarazada de usted(Nacidos entre 1938-1971)? Si No

Afirmo que todo lo aquí dicho es verdadero y correcto a mi buén entender.

_____	_____
Firma del Paciente	Fecha

He revisado esta hoja 1 & 2 con el (la) paciente

_____	_____
Firma del personal clínico (enfermera, médico, etc.)	Fecha

CÓMO PODEMOS CONTACTARLO?

Mail..... Direccion Actual: _____

Teléfono Teléfono Numero: _____

Otro..... _____