

Su historial médico

Por favor tómese un momento para contarnos acerca de su historial médico. Si bien le tomará unos minutos completar este formulario, éste nos ayudará a entender sus necesidades de salud. También nos ayudará a trabajar junto con usted para desarrollar un plan de atención. Gracias.

1. ¿Toma medicamentos con regularidad? Sí _____ No _____ Por favor enumere.

2. Por favor detalle las operaciones y hospitalizaciones que haya tenido y sus fechas:

3. ¿Cuándo fue su última inyección contra el tétanos? _____

4. ¿Cuándo fue su última inyección contra la neumonía? _____

5. Indique si usted ha tenido problemas de salud o tratamiento para las siguientes condiciones:

Corazón y sangre	Sí	No	No estoy seguro
Dolor de pecho o angina			
Ataque al corazón			
Presión arterial alta			
Soplo cardíaco			
Pulso irregular			
Colesterol elevado			
Mareos			
Anemia			
Sangrado fácil y moretones			
Transfusión de sangre: Si la respuesta es sí, ¿cuándo?			
Toma medicamentos anticoagulantes			
La Piel	Sí	No	No estoy seguro
Erupciones cutáneas			
Eczema o soriasis			
Otros problemas de la piel			

Apellido, Primer Nombre _____

No. de Registro Médico _____ PCP _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ Edad _____ CPC-29 REV.02/12



**CENTER for
PRIMARY CARE**
A NorthBay Affiliate

Historial médico

Los músculos y articulaciones	Sí	No	No estoy seguro
Hinchazón o dolor en las articulaciones/artritis			
Hinchazón o dolor en las piernas			
Problemas de espalda			
Gastrointestinal	Sí	No	No estoy seguro
Estreñimiento o diarrea frecuente			
Sangrado en las heces			
Úlceras			
Hepatitis B o C			
Cálculos biliares			
Enfermedad de reflujo gastroesofágico o GERD			
Hemorroides			
Neurológicos	Sí	No	No estoy seguro
Convulsiones			
Migrañas			
Derrame cerebrovascular			
Dolores de cabeza			
Lesión de la cabeza			
Conmoción Cerebral			
Ojos			
Glaucoma			
La pérdida de la visión			
Oídos			
Pérdida de la audición			
Psiquiátricos	Sí	No	No estoy seguro
Depresión			
Syndrome maniac depresivo (bipolar)			
Dificultad para dormir			
El abuso de alcohol			
Trastorno de pánico.			
Abuso de drogas			
Endocrino	Sí	No	No estoy seguro
Diabetes			
Patología tiroidea			
Terapia de reemplazo hormonal			
Prednisona u otra terapia de hormonas con esteroides			

Apellido, Primer Nombre _____

No. de Registro Médico _____ PCP _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ Edad _____ CPC-29 REV.02/12



**CENTER for
PRIMARY CARE**
A NorthBay Affiliate

Historial médico

Genitourinario / Renal	Sí	No	No estoy seguro
Enfermedad renal			
Pérdida de control de la vejiga			
Cálculos en los riñones			
Enfermedades de transmisión sexual / VIH			
Problemas sexuales			
Si es hombre, problemas de la próstata			
Si es mujer, enfermedad del útero / los ovarios			
Dificultad para orinar o que le transmita agua			
Cáncer	Sí	No	No estoy seguro
¿Ha tenido cáncer? Si respondió sí, ¿de qué tipo?			
Si la respuesta es sí, ¿tuvo terapia de radiación?			
Si la respuesta es sí, ¿tuvo quimioterapia?			
Respiratorio	Sí	No	No estoy seguro
Asma			
Enfisema			
Neumonía			
Infección de las vías nasales			
Otros problemas de la salud			

6. Para mujeres

¿Cuándo fue el primer día de su último período?		
¿A qué edad tuvo su primer período?		
¿Tiene problemas con sus períodos tales como cólicos muy fuertes, períodos irregulares o sangrado abundante?		
Formulario actual de anticoncepción		
Cantidad de embarazos		
Número de hijos vivos		
Número de abortos o abortos involuntarios		
Último Papanicolau		
Última mamografía		

7. ¿Cuál es la principal preocupación acerca de su salud?

Apellido, Primer Nombre _____

No. de Registro Médico _____ PCP _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ Edad _____ CPC-29 REV.02/12



**CENTER for
PRIMARY CARE**
A NorthBay Affiliate

Historial médico

8. El historial médico de la familia: Por favor indique si cualquier miembro de la familia ha padecido lo siguiente: **Sí No Relación**

	Sí	No	Relación
Cáncer - Tipo de cancer			
Problemas de presión arterial			
Problemas cardíacos / dolor en el pecho			
Problemas de sangrado			
Diabetes			
Epilepsia o convulsiones			
Asma/Problemas respiratorios			
Reacción a la anestesia			
Colesterol			

9. Ocupación social **Sí No**

	Sí	No
Está usted: casado o en una relación de largo plazo		
Soltero(a)		
Divorciado(a)		
Viudo(a)		
¿Tiene hijos? Si la respuesta es sí ¿cuántos?		
¿Quiénes viven en su casa?		
¿Tiene una voluntad anticipada o un testamento en vida?		
¿Fuma? Si respondió sí, ¿cuántos cigarrillos al día?		
¿Bebe alcohol? Si la respuesta es sí, ¿Cuántas bebidas por semana?		
¿Cuál es su consumo de cafeína?		
¿Último examen de la visión?		
¿Último examen dental?		

10. Historial de viaje en los últimos 6 meses **Sí No**

Lugar:	Sí	No

Fecha y hora Firma del paciente Relación con el paciente

Fecha revisada por el médico _____ Firma _____

Apellido, Primer Nombre _____

No. de Registro Médico _____ PCP _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ Edad _____ CPC-29 REV.02/12



CENTER for
PRIMARY CARE
A NorthBay Affiliate

Historial médico