

Historial De Salud del Adulto



Paciente

Apellido:

Nombre:

Apellido Anterior:

Nombre que prefieren ser llamados:

Fecha de Nacimiento:

General

1. Es usted Soltero(a) Casado(a) Asociado(a) Divoirado(a) o Separado(a) Viudo(a)
2. Donde creciste?
3. Que tipo de trabajo hace o si es jubilado, hizo?
4. Que nivel de educación completo?
5. Cuando fue la ultima vez que lo atendió un proveedor de atencion primaria?
6. Tiene un directiva anticipada o un testamento vital? Si No
7. Tiene una POLST (orden medica para tratamiento de soporte vital)? Si NO

Alergias

8. Ha tenido alguna vez alguna reacción alérgica a un medicamento /inyección o cualquier otra cosa?

No, soy alérgico(a) a ningún medicamento y no tengo otras alergias.

En caso afirmativo, escriba primero los nombres de los medicamentos/inyecciones y luego todas las demás alergias

Alergia	Que pasa?

Medicamentos

Por favor incluya todos los medicamentos de venta libre, vitaminas, y suplementos

Ninguno

Nombre del medicamento/ Vitamina/ Suplemento Herbal	Frecuencia	Dosis

*Si tiene mas medicamentos, continúe en el reverso de la pagina.

Historial Medico

9. Problemas crónicos Ninguno

Problema	Numero de años	Información Adicional

10. Ultima colonoscopia: Ninguna

11. Ultima prueba de Papanicolao Ninguna

12. Salud Pasada: Antecedentes de cirugía/ Hospitalizaciones Ninguna

Año	Operacion/ Motivo	Hospital

13. Historial Familiar Adoptado Desconocido

Relacion	Nombre	Fallecido?	Problemas

14. Otros medicos y proveedores de atencion medica Ninguno

Nombre	Tipo de medico/ proveedor	Motivo de cuidado

Historial Social

15. alguna vez has fumado cigarrillos, puros, ha fumado en pipa, ¿ha consumido rape o ha masticado tabaco?

No Si, responda las siguientes preguntas

- | | | |
|---|----------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Cigarrillos (paquetes al día): | Cuantos años?: | Fecha que paro?: |
| <input type="checkbox"/> Cigarro (número al día): | Cuantos años?: | Fecha que paro?: |
| <input type="checkbox"/> Pipa (número al día): | Cuantos años?: | Fecha que paro?: |
| <input type="checkbox"/> Rape (número al día): | Cuantos años?: | Fecha que paro?: |
| <input type="checkbox"/> Masticar Tabaco (número al día): | Cuantos años?: | Fecha que paro?: |

16. Bebes alcohol?

- Vino (copas a la semana) Cuantos años? Fecha que paro?:
- Cerveza (botellas a la semana): Cuantos años?: Fecha que paro?:
- Licor (tragos a la semana): Cuantos años?: Fecha que paro?:

17. Usas Marihuana? Si No, responde a las siguientes preguntas

- Fumar (gramos a la semana): Cuantos años?: Fecha que paro?:
- Comestibles (mg a la semana): Cuantos años?: Fecha que paro?:
- Otro: Cuantos años?: Fecha que paro?:

18. Usas otras sustancias? Si No, responde a las siguientes preguntas

Has usado en la última semana? Si No, cuantas veces?:

Tipos de sustancias usadas: *Marque todas las que correspondan*

- Metanfetaminas Cocaína Heroína Otro:
- Cuantos años? Fecha que paro?

19. Tienes sexo con Hombres Mujeres Ambos No tengo sexo

Si usa un método anticonceptivo? Que tipo usa? *Marque todas las que correspondan?*

- Coitus interruptus (método de retirada o extracción). Condon
- Diafragma Nexplanon Depo-Provera DIU
- Pastillas anticonceptivas Parche Vasectomía
- Posmenopáusica Ligadura de trompas Otro:

20. Ejercicio: ¿Hace ejercicio 2 o más días a la semana? Si No

21. Algo mas que debemos saber?

Adulto Revisión de Sistemas

Complejion Todo Negativo

Cambio de Actividad	Si	No
Cambio de Apetito	Si	No
Resfriado	Si	No
Sudoración Excesiva	Si	No
Fatiga	Si	No
Fiebre	Si	No
Cambio de peso	Si	No

Gastrointestinal Todo Negativo

Digestión Abdominal	Si	No
Dolor Abdominal	Si	No
Sangrado Anal	Si	No
Sangre en las heces	Si	No
Estreñimiento	Si	No
Diarrea	Si	No
Dolor Rectal	Si	No
Vomitando	Si	No

Piel Todo Negativo

Cambio de color	Si	No
Palidez	Si	No
Erupcion	Si	No
Herida	Si	No

Cabeza y ENT Todo Negativo

Congestion	Si	No
Problema Dental	Si	No
Babear	Si	No
Secreción del oído	Si	No
Dolor del oído	Si	No
Hinchazón facial	Si	No
Pérdida de audición	Si	No
Ulceras de boca	Si	No
Hemorragias nasales	Si	No
Goteo Postnasal	Si	No
Dolor de Sinusitis	Si	No
Estornudos	Si	No
Dolor de garganta	Si	No
Tinnitus	Si	No
Dificultad al tragar	Si	No
Cambio vos	Si	No

Endocrino Todo Negativo

Intolerancia al frio	Si	No
Intolerancia al calor	Si	No
Sed excesiva	Si	No
Hambre excesiva	Si	No
Orinar en exceso	Si	No

Neurológico Todo Negativo

Mareo	Si	No
Asimetría Facial	Si	No
Dolores de cabeza	Si	No
Aturdimiento	Si	No
Entumecimiento	Si	No
Convulsion	Si	No
Dificultad para hablar	Si	No
Desmayos	Si	No
Temblores	Si	No
Debilidad	Si	No

Ojos Todo Negativo

Secreción Ocular	Si	No
Picazon de los ojos	Si	No
Dolor de Ojos	Si	No
Enrojecimiento de ojos	Si	No
Intolerancia leve	Si	No
Disturbio Visual	Si	No

Genitourinario Todo Negativo

Dificultad para respirar	Si	No
Relaciones sexuales dolor	Si	No
Dolor al orinar	Si	No
Mojar la cama	Si	No
Dolor de costado	Si	No
Frecuencia	Si	No
Llagas genitales	Si	No
Sangre en la orina	Si	No
Problemas menstruales	Si	No
Dolor pelvico	Si	No
Urgencia	Si	No
Disminución de orina	Si	No
Hinchazón del pene	Si	No
Hinchazón escrotal	Si	No
Dolor testicular	Si	No
Sangrado vaginal	Si	No
Flujo vagina	Si	No
Dolor vaginal	Si	No

Hematologico Todo Negativo

Ganglios infaticos	Si	No
Inflamados	Si	No
Moretones o sangra	Si	No
Facilmente	Si	No

Respiratorio Todo Negativo

Apnea	Si	No
Opresion del pecho	Si	No
Asfixia	Si	No
Tos	Si	No
Dificultad para respirar	Si	No
Estridor	Si	No
Sibilancias	Si	No

Muscular Todo Negativo

Dolor de las articulaciones	Si	No
Dolor de espalda	Si	No
Problema de marcha	Si	No
Inflamación de articulaciones	Si	No
Dolor muscular	Si	No
Dolor de cuello	Si	No
Rigidez de cuello	Si	No

Psiquiátrico Todo Negativo

Agitation	Si	No
Problemas de comportamiento	Si	No
Confusion	Si	No
Disminución de concentración	Si	No
Alucinaciones	Si	No
Hiperactivo	Si	No
Nervioso/ Ansioso	Si	No
Auto lastimarse	Si	No
Distribucion del sueño	Si	No
Ideas suicidas	Si	No

Cardiovascular Todo Negativo

Dolor en el pecho	Si	No
Hinchazon de la pierna	Si	No
Palpitaciones	Si	No