

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

NORTHWEST HEART & HEALTH INSTITUTE

COMPREHENSIVE CARE EXPERTS



Fecha: _____

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
----------------------	----------------------

HISTORIAL MÉDICO		HISTORIAL QUIRÚRGICO	
Enfermedad:	Año del diagnóstico:	Procedimiento:	Mes/Año (ej.: 01/2012)

HOSPITALIZACIONES		ALERGIAS	
Razón:	Mes/Año (ej.: 01/2012)	Nombre:	Reacción:

ANTECEDENTES SOCIALES			
¿Fuma o consume tabaco actualmente? (fumar, mascar, etc)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Consumo alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha consumido tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuántas veces por semana bebe alcohol?	_____ /semana
En caso afirmativo, ¿cuándo lo dejó? (Año)		De ser así, ¿cuántos tragos bebe cada vez?	_____ /ocasión

ANTECEDENTES FAMILIARES (indique todas las enfermedades que tengan o hayan tenido miembros de su familia. Por ej.: Cáncer de mama, diabetes, hipertensión, etc.)		
Miembro de la familia:	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	Enfermedad:
	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	
	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	
	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	
	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	

SU ÚLTIMA:	MM/AA	MM/AA	SOLO PARA MUJERES
Colonoscopia		Vacuna contra la influenza	Edad en que comenzaron los ciclos menstruales:
Examen óptico		Vacuna contra la neumonia	Cantidad de embarazos:
Prueba de densidad ósea		Vacuna contra el tétano	Cantidad de pérdidas de embarazo:
Prueba de tuberculina PPD/ prueba de tuberculosis TB		Vacuna contra varicela o herpes zoster	¿Menopausia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Papanicolau		Electrocardiograma	En caso afirmativo, ¿a qué edad?
Mamografía		Espirometría/PFT	Si no, ¿tiene ciclos menstruales regulares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Consulta con un podólogo		Consulta con oftalmólogo	¿A intervalos de cuántos días?
Tiroides US		Examen anual	

MEDICAMENTOS: (incluya el nombre, dosis, y frecuencia. Por ej.: "Lasix- 40 mg- dos veces al día").	FARMACIA: (Nombre y ubicación)	Número de teléfono: