

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 | ¿Consume 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: |
| | | |