

Fecha: _____

Forma de historical de salud

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Problema Presente _____

Farmacia preferida (incluir el dirección) _____

Medicinas y Dosages (puede adjuntar lista o escriba en parte posterior):

Alergias de la Medicina _____

Activo Problemas: Por favor compruebe cualquier de los siguientes que son problemas actualmente activos:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cambiar en visión Reciente | <input type="checkbox"/> Preocupaciones con las funciones sexuales | <input type="checkbox"/> Acidez de estómago | <input type="checkbox"/> Difícil oír/resonante en las orejas |
| <input type="checkbox"/> Fiebre/Sudors | <input type="checkbox"/> Tumor de pecho | <input type="checkbox"/> Sangre o cambiar en intestine | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno/alergias/ congestion |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inexplicable | <input type="checkbox"/> Secreción de pezón | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómito/ diarrea | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar |
| <input type="checkbox"/> Fatiga/debilidad inexplicable | <input type="checkbox"/> Tos con sangre | <input type="checkbox"/> Dolor de abdomen | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Dolorido/Sangrient o en orina | <input type="checkbox"/> Tos/Resuello | <input type="checkbox"/> Sarpullido | <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria |
| <input type="checkbox"/> Fuga de orina | <input type="checkbox"/> Reciente dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Nuevo/cambiar en lunar | <input type="checkbox"/> Delirio |
| <input type="checkbox"/> Micción nocturna | <input type="checkbox"/> Musculares/ articulares dolor | <input type="checkbox"/> Preocupación/ Presión | |
| <input type="checkbox"/> Supurar: pene o vaginal | <input type="checkbox"/> Aumento sed/appetito | <input type="checkbox"/> Problemas de sueño | |
| <input type="checkbox"/> Sangrado vaginal inusual | <input type="checkbox"/> Frío/calor intolerancia | | |

Otras Enfermedades / Hospitalizaciones:

Historia quirúrgica: Enumere todas las operaciones anteriores y las fechas:

Immunizaciones (Fecha de la lista la última por favor)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis B _____ | <input type="checkbox"/> Pneumovax (pneumonia) _____ |
| <input type="checkbox"/> Influenza (flu) _____ | <input type="checkbox"/> Tétanos (Td) _____ | <input type="checkbox"/> Tdap (tétanos and pretussis) _____ |
| <input type="checkbox"/> Varicela (chicken pox) tiro o enfermedad _____ | <input type="checkbox"/> MMR _____ | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

Forma de historical de salud - Pagina 2

Nombre _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Mantenimiento de la Salud pruebas de detección: Lista la fecha y si los fueron anormales

Lipido (cholesterol) _____ Abnormal? Yes No PSA(próstata) _____ Abnormal? Yes No
 Colonoscopy _____ Abnormal? Yes No Densidad ósea _____ Abnormal? Yes No
 Mammografía _____ Abnormal? Yes No Papanicolaou _____ Abnormal? Yes No

Antecedentes familiares:

	Edad:	Vivo:	Fallecido:	Problems de Salud:
Padre				
Madre				
Hermana				
Hermano				
Padres del Padre				
Padres del Madre				
Niños				
Otra:				

Habits:

	Si	No	Cuánto/Tipo
Uso de Drogas (marijuana, cocaine, etc.)			
Uso del tabaco: (Cigarrillo, Pipa, Puro, Masticar)			
Interesados en dejar de fumar?			
Consumo De Alcohol: (Cerveza, Vino, Liquor)			
Consumo de Cafeína: (café, té, Soda)			
Ejercicios Regularmente			
Cinturones de Seguridad			
Casco de Bicicleta			

Actividad Sexual: Si No Actualmente no Actual pareja de sexo son: Hombre Hembra

Método de control de la natalidad: _____ No es necesario

¿Has tenido alguna enfermedades de transmisión sexual (ETS)? No Si

¿Le interesa ser evaluada para enfermedades de transmisión sexual No Si

Other Concerns:

¿Está satisfecho con su peso? No Si

¿Cómo valora usted la dieta? Bien Justo(a) Pobre

¿Come o bebe cuatro porciones de diario o soja diariamente o toma suplementos de calcio? No Si

¿Violencia en el hogar es una preocupación? No Si ¿Usted ha sido abusado? No Si

¿Tienes un arma en su casa? No Si

¿Tienes un testamento en vida o un poder notarial duradero para su atención médica? No Si

Socioeconomics: Ocupación: _____ Empresa: _____

Años de educación/más alto grado: _____ Cónyuge: _____ Número de niños/edad: _____

¿Quién vive en el hogar con usted? _____

Women's History: # Embarrazos _____ # Parto _____ # Aborto _____ # Aborto (Natural or Espontáneo) _____ Edad de inicio de los períodos: _____ Edad al final de los períodos: _____

Edad de la menopausia: _____ ¿Realiza exámenes mensuales de mamas? : No Si