



# VYTALISE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Último primero medio

Fecha: \_\_\_\_\_; MRN: \_\_\_\_\_

Persona que llena el nombre de esta solicitud: \_\_\_\_\_

### Información del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_

Casa / Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

N. ° de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Tipo de identificación del gobierno: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Exp .: \_\_\_\_\_

### Médico de atención primaria

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_

Ciudad Estado

Código

postal

### Información del seguro

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Identificación del suscriptor: \_\_\_\_\_

Número de política de grupo: \_\_\_\_\_

### Información del empleador:

[ ] Actualmente empleado [ ] Desempleado [ ] Jubilado [ ] Legalmente discapacitado

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_

Ciudad Estado

Código

postal

### Contacto de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_

Ciudad Estado

Código

postal

### Farmacia preferida

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_

Ciudad Estado

Código

postal



720 Alamitos Ave  
Long Beach, CA-90813



Contact@Vytalise.com  
www.Vytalise.com



Tel: (562) 546-2496  
Fax: (562) 546-2794



**VYTALISE**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Último primero medio

Fecha: \_\_\_\_\_; MRN: \_\_\_\_\_

Persona que llena el nombre de esta solicitud: \_\_\_\_\_

**Porfavor complete todos los campos:**

**Historial médico del paciente: (problema médico / fecha de diagnóstico)**

_____	Resuelto <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
_____	Resuelto <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
_____	Resuelto <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
_____	Resuelto <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
_____	Resuelto <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Historia quirúrgica del paciente: (cirugía / fecha / motivo)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Lista de alergias: (medicamentos, alimentos y productos)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**LISTA DE MEDICAMENTOS: (nombre y cantidad tomada / día)**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

**Historia familiar:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. Antecedentes personales o familiares de coágulos sanguíneos o uso de anticoagulantes. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



720 Alamitos Ave  
Long Beach, CA-90813



Contact@Vytalise.com  
www.Vytalise.com



Tel: (562) 546-2496  
Fax: (562) 546-2794



# VYTALISE

## Historia social del paciente:

Estado civil:  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Separado  
 Ocupación \_\_\_\_\_

¿Fumas?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuántos por día y años? \_\_\_\_\_

¿Usas alguna droga de la calle?  Sí  No Especifique: \_\_\_\_\_

¿Bebes durante el embarazo?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuánto? \_\_\_\_\_

¿Usted / otros tienen inquietudes sobre su consumo de alcohol?  Sí  No

¿Hace ejercicio regularmente?  Sí  No En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Violencia doméstica / abuso?  Sí  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

## Historia ginecológica del paciente:

Edad en el primer período \_\_\_\_\_ Regular  Sí  No

Frecuencia de períodos (en días) \_\_\_\_\_ Duración (en días) \_\_\_\_\_

Cantidad:  Ligera  Moderada  Pesada: Cantidad de pastillas por día: \_\_\_\_\_

¿Actualmente eres sexualmente activo?  Sí  No ¿Cuánto tiempo con la pareja actual? \_\_\_\_\_

Secreción vaginal inusual  Sí  No Picazón / olor inusual  Sí  No

Método de control de natalidad utilizado: \_\_\_\_\_

Problemas para quedar embarazada:  Sí  No

¿Alguna vez has tenido una ETS?  Sí  No En caso afirmativo, ¿qué infección? \_\_\_\_\_

Fecha de la última Papanicolaou: \_\_\_\_\_ Prueba de Papanicolaou anormal  Sí  No

Colonoscopia anormal  Sí  No Fecha de la última colonoscopia: \_\_\_\_\_

Mamografía anormal  Sí  No Fecha de la última mamografía: \_\_\_\_\_



720 Alamitos Ave  
Long Beach, CA-90813



Contact@Vytalise.com  
www.Vytalise.com



Tel: (562) 546-2496  
Fax: (562) 546-2794



# VYTALISE

### Historia obstétrica pasada del paciente:

Número de embarazos: \_\_\_\_\_ Número de abortos: \_\_\_\_\_ Número de abortos espontáneos: \_\_\_\_\_

Ectópico: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido cesárea:  Sí  No En caso afirmativo, cuántos: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido un parto vaginal después de una cesárea:  Sí  No En caso afirmativo, cuántos: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido entregas de aspiradora o fórceps: \_\_\_\_\_ ¿Ha tenido epidural: \_\_\_\_\_

¿Desarrollaste preeclampsia o diabetes en un embarazo anterior? :  Sí  No En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

### Embarazos previos: (en orden incluyendo abortos espontáneos y abortos)

#	# Fecha (mes/ año)	Edad gestacional	Longitud del trabajo	Peso del bebe	Sexo (M/ F)	Tipo de entrega	Lugar de trabajo	Complicaciones y comentarios

Otras complicaciones durante el último embarazo: \_\_\_\_\_

Transfusión de sangre:  Sí  No en caso afirmativo, cuántas unidades y fechas: \_\_\_\_\_

¿Es aceptable para usted la transfusión de sangre?  Sí  No En caso negativo, por qué: \_\_\_\_\_



720 Alamitos Ave  
Long Beach, CA-90813



Contact@Vytalise.com  
www.Vytalise.com



Tel: (562) 546-2496  
Fax: (562) 546-2794



# VYTALISE

## ¿Tienes alguno de los siguientes?

Complicaciones anestésicas:  Sí  No  
 Rh (D) Sensibilizado (-ve tipo de sangre):  Sí  No  
 Pulmonar T.B.:  Sí  No  
 Asma:  Sí  No  
 Trastorno autoinmune:  Sí  No  
 Epilepsia / Enfermedad Neurológica:  Sí  No  
 Enfermedad renal:  Sí  No  
 Hepatitis / Enfermedad hepática:  Sí  No  
 Varicosidades / Flebitis:  Sí  No

Disfunción tiroidea:  Sí  No  
 Anomalías uterinas:  Sí  No  
 Trauma / Lesión:  Sí  No  
 Violencia Doméstica:  Sí  No  
 Trastornos psiquiátricos:  Sí  No  
 Enfermedad del corazón:  Sí  No  
 Hipertensión:  Sí  No  
 Diabetes:  Sí  No

## Personal, Historial familiar, Historial del socio o Historial familiar del socio de:

Edad mayor de 35 años:  Sí  No  
 Talasemia:  Sí  No  
 Defecto del tubo neural:  Sí  No  
 Enfermedad cardíaca congénita:  Sí  No  
 Síndrome de Down:  Sí  No  
 Tay Sacks:  Sí  No  
 Enfermedad de células falciformes:  Sí  No  
 Hemofilia:  Sí  No  
 Distrofia muscular:  Sí  No

Fibrosis quística:  Sí  No  
 Huntington Chorea:  Sí  No  
 Retraso mental / Autismo:  Sí  No  
 Trastorno metabólico (PKU):  Sí  No  
 Pérdida recurrente del embarazo:  Sí  No  
 Mortinato (bebé nacido muerto):  Sí  No  
 Otros heredados / cromosómico Dis.:

## Historial de infecciones:

Viaje al área infectada con Zika Virus:  Sí  No  
 Positivo T.B. Prueba en pasado:  Sí  No  
 Vive con alguien con T.B.:  Sí  No  
 Sarpullido o enfermedad viral:  Sí  No  
 Herpes genital:  Sí  No  
 Historia de la hepatitis:  Sí  No  
 Historia de la sífilis:  Sí  No  
 Historia del VIH:  Sí  No  
 Relaciones sexuales con una persona con VIH:  Sí  No  
 Otras ETS:  Sí  No  
 Otras infecciones:  Sí  No; \_\_\_\_\_



720 Alamitos Ave  
 Long Beach, CA-90813



Contact@Vytalise.com  
 www.Vytalise.com



Tel: (562) 546-2496  
 Fax: (562) 546-2794



# VYTALISE

¿Actualmente tiene algún problema relacionado con los siguientes sistemas? Circula Sí o No

## Síntomas Constitucionales

Fiebre  Sí  No  
Escalofríos  Sí  No  
Pérdida / ganancia de peso  Sí  No

## Neurológicos

Dolores de cabeza  Sí  No  
Hechizos mareados  Sí  No  
Entumecimiento / hormigueo  Sí  No

## Alérgicos / Inmunológicos

Alergias alimentarias  Sí  No  
Alergias a medicamentos  Sí  No

## Ojos

Visión borrosa  Sí  No  
Visión doble  Sí  No

## Endocrino

Sed excesiva  Sí  No  
Demasiado caliente / frío  Sí  No  
Cansado / lento  Sí  No

## Gastrointestinal

Dolor abdominal  Sí  No  
Náuseas / Vómitos  Sí  No  
Indigestión / acidez estomacal  Sí  No

## Cardiovascular

Dolor en el pecho  Sí  No  
Problema de coagulación de la sangre  Sí  No  
Hinchazón de las piernas  Sí  No  
Presión arterial alta / baja  Sí  No

## Tegumentario (piel)

Erupción cutánea  Sí  No  
Forúnculos  Sí  No  
Picazón persistente  Sí  No

## Respiratoria

Sibilancias  Sí  No  
Tos frecuente  Sí  No  
Falta de aliento  Sí  No

## Psicológica

Satisfacción general con su vida  Sí  No  
Depresión severa  Sí  No  
Considerando suicidio  Sí  No

## Pecho

Dolor en los senos  Sí  No  
Secreción del pezón  Sí  No  
Bultos en los senos  Sí  No

## Genitourinario de Senos

Retención de orina  Sí  No  
micción dolorosa  Sí  No  
Frecuencia urinaria  Sí  No



720 Alamitos Ave  
Long Beach, CA-90813



Contact@Vytalise.com  
www.Vytalise.com



Tel: (562) 546-2496  
Fax: (562) 546-2794





# VYTALISE

numere sus inquietudes con respecto al embarazo actual:

---

---

Preguntas o inquietudes al médico:

---

---

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Staff Use Only:**

Age: \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ ; LMP: \_\_\_\_\_

Full term: \_\_\_\_\_ Preterm: \_\_\_\_\_ Abortions: \_\_\_\_\_ Miscarriages: \_\_\_\_\_ Alive: \_\_\_\_\_

EDC: \_\_\_\_\_ By  LMP  U/S If US: \_\_\_\_\_ weeks of Gestation

C/S: \_\_\_\_\_ SVD: \_\_\_\_\_ VBAC: \_\_\_\_\_ Instrumental Deliveries: \_\_\_\_\_ Complications: \_\_\_\_\_

Problems List	Medications

Assessment/ Plan:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Physician Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



720 Alamitos Ave  
Long Beach, CA-90813



Contact@Vytalise.com  
www.Vytalise.com



Tel: (562) 546-2496  
Fax: (562) 546-2794