

## HISTORIAL DE SALUD DE NUEVO PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  Masculino  Femenino Identidad de género: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Educación superior completada:  Escuela secundaria/GED  2 años de Universidad  4 años de Universidad  Posgrado  
 Miembros de hogar (esposo/a, hijos, padres, etc.): \_\_\_\_\_

Cual seria la meta que usted tiene al respecto a su propia salud? *Nutricion, Actividad Fisica, etc.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### HISTORIAL MÉDICO

Coloque una marca de verificación junto a cada condicion por la que está o ha sido tratado; comentar según sea necesario:

#### Sensorial

- Pérdida de visión
- Glaucoma
- Cataratas
- Pérdida de la audición
- Tinnitus
- Pérdida del gusto/olfato

#### Respiratoria

- Asma
- Enfermedad pulmonaria
- Obstructiva crónica/Enfisema
- Bronquitis recurrente
- Neumonía
- Alergias crónicas

#### Cardiovascular

- Arteriopatía coronaria
- Angina de pecho
- Arritmia
- Insuficiencia cardiaca
- Hipertensión
- Hiperlipidemia
- Procedimiento/Cirugía cardiac

#### Gastrointestinal

- Acidez de estómago/enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Úlcera de estomago/intestino Delgado
- Síndrome del intestino irritable
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Hemorroides
- Diarrea crónica/estreñimiento
- Polipos de colon

#### Endocrine

- Diabetes 1 o 2
- Diabetes gestacional
- Trastorno de tiroides
- Trastorno suprarrenal
- Trastorno hormonal

#### Musculoesquelético

- Artritis
- Gota
- Problema de columna
- Condición muscular
- Osteoporosis
- Lupus
- Artritis reumatoide

#### Neurológica

- Dolor de cabeza/Migraña
- Convulsiones
- Temblor
- Pérdida de memoria
- Derrame cerebral
- Esclerosis múltiple

#### Piel

- Acne
- Eczema
- Soriasis
- Trastorno de las uñas
- Cáncer de piel
- Melanoma

Tipo de cáncer y tratamiento: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

#### Salud Mental

- Depresión
- Ansiedad
- Trastorno Bipolar
- Trastorno de estrés postraumático
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno hiperactivo y deficit de atencion
- Esquizofrenia

#### Genitourinaria

- Enfermedad renal/cálculos
- Condición de la vejiga
- Incontinencia urinaria
- Trastorno de próstata
- Infección urinaria recurrente
- Disfunción sexual
- Infección de transmisión sexual

#### Historia Obstétrica

- Edad de inicio de la menstruación: \_\_\_\_\_  
 Regular  Irregular
- Edad de la menopausia: \_\_\_\_\_
- # De embarazos: \_\_\_\_\_
- # De nacidos vivos: \_\_\_\_\_  
 # De partos vaginales: \_\_\_\_\_  
 # De partos por cesárea: \_\_\_\_\_
- # De abortos espontáneos/terminaciones: \_\_\_\_\_
- # De Dilatación y Legrado: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL QUIRÚRGICO** Apunte las cirugías recientes con la fecha y el lugar en donde se realizaron (incluya la colonoscopia).

---

---

**HISTORIA SOCIAL**

**Ejercicio**

¿Que hace actualmente para hacer ejercicio? \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

**Nutricion**

¿Cualquier plan de alimentación restrictivo actual? \_\_\_\_\_ Medicamentos para bajar de peso: \_\_\_\_\_

**Substancias**

Nicotina:  Actual  Pasada  Nunca Frecuencia (por dia): \_\_\_\_\_

Tipo:  Cigarillos  Puros  Pipa  Masticar  Vape

Alcohol:  Actual  Pasada  Nunca Tipo:  Cerveza  Vino  Bebidas de licor fuerte(por semana): \_\_\_\_\_

Marijuana:  Actual  Pasada  Nunca Metodo de uso: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Kratom:  Actual  Pasada  Nunca

Hongos de drogas:  Actual  Pasada  Nunca Otras sustancias: \_\_\_\_\_

Cocaína:  Actual  Pasada  Nunca

Heroína:  Actual  Pasada  Nunca Uso de agujas:  Si  No

Metanfetamina:  Actual  Pasada  Nunca Conducir bajo la influencia:  Si  No

Recuperar n dose de una adicción:  No  Si Tipo de tratamiento: \_\_\_\_\_

**VIDA SEXUAL**

Sexualmente activo/a:  Si  No

Compañero(s) sexual(es):  Único  Múltiple  Masculino  Femenino  Otro: \_\_\_\_\_

Practica(s) preventiva(s):  Metodo anti - conceptual, tipo: \_\_\_\_\_  Condones/Barrera

Preocupaciones de salud sexual:  No  Si, Tipo: \_\_\_\_\_

**EL SUEÑO**

Sueño reparador:  Si  No Ronquidos:  Si  No

Sueño constante:  Si  No Ayudantes para dormir:  Si  No

**DIRECTIVA AVANZADA** ¿Tiene actualmente una Directiva Avanzada?  Si  No

**HISTORIA FAMILIAR** Complete el historial médico conocido de la familia genetic. Adoptado/a:  Si  No

Padre:  Fallecido \_\_\_\_\_

Madre:  Fallecido \_\_\_\_\_

Hermanos:  Fallecidos \_\_\_\_\_

Abuelos paternos:  Fallecidos \_\_\_\_\_

Abuelos maternal:  Fallecidos \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS** Traiga todos sus medicamentos y suplementos actuales para su cita.

**ALERGIAS:** ¿Es usted alérgico/a a algún medicamento?  No  Si; Anote medicamento(s) y reaccion(es): \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna inquietud con respeto a su alimentación, ropa, vivienda o transporte?  Si  No

¿Se siente seguro en su hogar (física/emocional/sexualmente)?  Si  No Historia de abuso?  Si  No

Anote cualquier cosa sobre su salud que crea que su proveedor debería saber: \_\_\_\_\_

---

---