

ACTUALIZACION DEL HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Sexo: Masculino Femenino Identidad de Género: _____
Ocupación: _____

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

Por favor ayude a actualizar su historial médico:

Historia Quirúrgica Apunte las cirugías recientes con la fecha y el lugar donde se realizaron (incluya la colonoscopia)

DIRECTIVA AVANZADA ¿Tiene actualmente una Directiva Avanzada? Si No

MEDICAMENTOS

¿Está tomando algún medicamento nuevo o ha cambiado su uso de medicamentos? Si No

Traiga todos sus medicamentos y suplementos actuales para su cita.

HISTORIA SOCIAL

Uso de Sustancias: Nicotina: _____ Alcohol: _____ Marihuana: _____ Otras Sustancias: _____

Sexualmente Activo/a: Activo/a: _____ Nuevo Compañero/a: _____

Práctica(s) Preventiva(s)/Método Anti-Conceptivo: _____

Preocupaciones de Salud Sexual: _____

Calidad de Sueño (preocupaciones sobre el sueño): _____

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

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

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

EJERCICIO & NUTRICION

Qué tipo de ejercicio hace actualmente? _____ Frecuencia: _____

Cambios en la nutrición: _____

affix label here

Reviewed by: _____ Date: _____