



Historia de Salud del Adulto

Para ayudar a facilitar su cita inicial, por favor complete las preguntas a continuación y traiga este documento con usted a su cita.

Nombre: _____ Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Condiciones médicas actuales

Medicamentos

Por favor, enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente. De ser necesario, adjunte páginas adicionales.

Nombre del medicamento	Dosificación	Número de veces al día
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Está tomando alguno de los siguientes medicamentos? Por favor, marque Sí o No

Medicación	Sí	No
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ibuprofeno (Advil®) o naproxeno (Aleve®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamina D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multivitamínico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra vitamina o suplemento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre de su médico de atención primaria anterior: _____

Alergias/Intolerancia

Por favor, enumere cualquier alergia a los medicamentos junto con la reacción (ejemplo: penicilina – erupción). De ser necesario, adjunte páginas adicionales

1. _____
2. _____
3. _____

¿Tienes alergia al látex? Sí No

Historia clínica

Por favor, enumere cualquier condición médica.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Por favor, marque cualquier otra condición médica actual / pasada que aún no haya enumerado anteriormente:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfisema/EPOC | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Infección por SARM (estafilococos) |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Osteoporosis/osteopenia |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |

Por favor, marque si ha completado alguno de los siguientes procedimientos/tratamientos:

Procedimiento/ Tratamiento	Sí	Fecha en que se completo
Vacuna contra la gripe	<input type="checkbox"/>	_____
Vacuna contra la neumonía (Pneumovax®)	<input type="checkbox"/>	_____
Vacuna contra el tétanos	<input type="checkbox"/>	_____
Vacuna contra el herpes zóster (Zostavax)	<input type="checkbox"/>	_____
Vacuna contra el COVID-19	<input type="checkbox"/>	_____
Colonoscopia	<input type="checkbox"/>	_____
Exámenes de detección del cáncer de próstata (hombres)	<input type="checkbox"/>	_____
Mamografía (mujeres)	<input type="checkbox"/>	_____
Prueba de densidad ósea (mujeres)	<input type="checkbox"/>	_____
Prueba de Papanicolaou / examen pélvico (mujeres)	<input type="checkbox"/>	_____



Historia Quirúrgica Pasada

Por favor, enumere su historial quirúrgico.

Tipo de cirugía	Fecha de la cirugía (año)	Cirujano
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Historia Obstétrica/Ginecológica

Para las mujeres, por favor indique su historial obstétrico y ginecológico a continuación.

Historia de	Número	Historia de	Sí	No
Embarazos	_____	VPH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abortos Espontáneos	_____	Papanicolaou anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abortos	_____	Fecha del último período menstrual	_____	

¿Cuál es su forma actual de control de la natalidad? Por favor, marque todas los que apliquen.

- Ninguno
 Medicación
 Ligadura de trompas
 Vasectomía
 DIU
 Condón

Historia Familiar

	Historial de salud	Vivos	Si ha fallecido, enumere la causa de la muerte
Padre	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Niños	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____



Historia Social

Ocupación: _____

Casado Soltero Divorciado Viudo

¿Hace ejercicio? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuántos días a la semana? _____

¿Esta sexualmente activo/a? Sí No

¿Alguna vez ha fumado? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué? cigarrillos pipa puros e-cigs/vapeo tabaco de mascar ¿Cuántos años? _____

¿Suele beber más de 2 tazas de bebidas con cafeína al día?

Sí No ¿Cuántas bebes al día? _____

¿Bebe alcohol regularmente? Sí No

En caso afirmativo, consulte la(s) respuesta(es) que mejor describa su consumo.

Licor 1 oz/día 2 oz/día 4 oz/día 6+ oz/día

Cerveza 1 botella/día 2 botellas/día 3+ botellas/día

Vino 1 copa/día 2 copas/día 3+ copas/día