

Paciente nuevo

Proveedor: _____

Día de la cita: _____

Antecedentes médicos y familiares

Nombre legal del paciente: _____ Fecha: _____

Sexo al nacer: { } Femenino { } Masculino

Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del proveedor de atención primaria: _____

Teléfono: _____

Fecha del último examen físico: // _____ ¿Están sus vacunas al día? { } Sí { } No { } No sé

Año de la última vacuna contra el tétanos: / / _____ Altura peso: _____

¿Está ahora bajo el cuidado de un médico? { } Sí { } No En caso afirmativo, ¿por qué motivo? _____

¿Alergias? (Por favor enumere todos)

¿Está tomando actualmente algún medicamento/recetado/de venta libre/herbolario/suplementos? { } Sí { } No En caso afirmativo, enumere:

Medicamento	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Qué farmacia prefiere usar? _____ Teléfono de la farmacia: _____
directivas anticipadas

¿Tiene un poder notarial? { } Sí { } No ¿Desea más información? { } Sí { } No ¿Tiene un testamento en vida?

{ } Sí { } No ¿Desea más información? { } Sí { } No ¿Ha tenido enfermedades graves, hospitalizaciones o

accidentes? { } Sí No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Historial de salud del paciente

¿Actualmente tiene o alguna vez ha tenido alguno de los siguientes? Por favor circule Sí o No

Anemia	Sí	No	Enfisema	Sí	No	Anemia falciforme	Sí	No
Ansiedad	Sí	No	ERGE	Sí	No	Ataque	Sí	No
Artritis	Sí	No	Glaucoma	Sí	No	Abuso de sustancias	Sí	No
Asma	Sí	No	Soplo cardíaco	Sí	No	Enfermedad de tiroides	Sí	No
Transfusión de sangre	Sí	No	VIH/SIDA	Sí	No	Tuberculosis	Sí	No
Cáncer	Sí	No	Hipertensión	Sí	No	Otro:		
Catarata	Sí	No	Nefropatía	Sí	No			
Insuficiencia cardíaca congestiva	Sí	No	Meningitis	Sí	No			
Trastorno de la coagulación	Sí	No	Infección del miocardio	Sí	No	¿Ha tenido una prueba de	sí	No
EPOC	Sí	No	Enfermedad nerviosa/muscular	Sí	No	Tuberculosis positiva?		
Depresión	Sí	No	Osteoporosis	Sí	No			
diabetes mellitus	Sí	No	convulsiones	Sí	No	¿Si sí, cuándo?		

Historial Quirúrgico del Paciente

¿ Ha tenido alguno de los siguientes procedimientos o cirugías? (Marque con un círculo Sí o No En caso afirmativo, cuándo)		Reparación de hernia	Sí	No cuando:
Apendicectomía	Sí No cuando:	Histerectomía	Sí	No cuando:
Cirugía cerebral	Sí No cuando:	Reemplazo de la articulación	Sí	No cuando:
mamaria Cirugía	Sí No cuando:	Cirugía de intestino delgado	Sí	No cuando:
CABG	Sí No cuando:	Cirugía de columna	Sí	No cuando:
Colecistectomía	Sí No cuando:	Ligadura de trompas	Sí	No cuando:
Cirugía de colon	Sí No cuando:	Reemplazo de válvula	Sí	No cuando:
Cirugía estética	Sí No cuando:	Otro:		Cuando:
Cesárea Cirugía ocular	Sí No cuando:			Cuando:
Cirugía de fracturas				Cuando:

Historia familiar

Marque todas las casillas que correspondan:

	Alcoholismo	Artritis	Asma	Cáncer	Depresión	Diabetes	Hipertensión	Derrame cerebral	
Padre									
Madre									
Hermano									
Hermana									
Hijo									
Hija									

Historia social

Consumo de alcohol

{ } Sí { } No En caso afirmativo: Tipo utilizado: _____ Cuanto por semana: _____

El consumo de tabaco

{ } Sí { } No En caso afirmativo: Tipo utilizado: _____ Cuanto por semana: _____

Uso de sustancias

{ } Sí { } Actualmente no { } Nunca En caso afirmativo: tipo utilizado _____
 Cuando se usa: _____ Cuando se detuvo: _____

Orientación sexual

Identidad de género: { } Masculino { } Femenino

{ } Hombre transgénero / Mujer a hombre { } Mujer transgénero / Hombre a mujer

Orientación sexual: { } Lesbiana o gay { } Heterosexual { } Bisexual { } Otra cosa { } No sé