Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha del último examen de bienestar / físico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ médico de atención primaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Liste cualquier hospitalización y fechas: \* lista en la parte posterior Continuar si es necesario \*.

Fecha Razón Fecha Razón

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Problemas de Salud Actuales** | Fecha de Inicio |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |

**\* Lista en la parte posterior Continuar si es necesario \***

|  |  |
| --- | --- |
| **Antecedentes Quirúrgicos–** ex. reemplazo de rodilla | Fecha de la Cirugía |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**\* Lista en la parte posterior Continuar si es necesario \***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Los medicamentos actuales** (incluya vitaminas y medicamentos de venta libre) | **Dosificación** | **¿Cuántas veces al día?** |
| *EX: Aspirin* | *81 mg* | *una vez al día* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**\* Lista en la parte posterior Continuar si es necesario \***

¿Es usted alérgico a algún medicamento? Si No Encaso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergias ambientales / Alimentos Si No Encaso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene una directivas avanzadas de estar o? Si No En caso afirmativo, proporcionar una copia a nuestra oficina

**HISTORIA FAMILIAR** \* lista en la parte posterior Continuar si es necesario \*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Relativo*** | ***Anos*** | ***Condiciones médicas*** | ***edad de la muerte*** | ***causa de la muerte*** |
| Padre |  |  |  |  |
| Madre |  |  |  |  |
| Hermano |  |  |  |  |
| Hermano |  |  |  |  |
| Nino |  |  |  |  |
| Nino |  |  |  |  |

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

¿Alguna vez se fuma? Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo dejó? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Bebes alcohol? Sí No En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas al día? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alguna vez beber alcohol? Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo dejó? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes pruebas realizadas:**

La colonoscopia Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prueba de Papanicolaou Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mamografía Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Densitometría ósea Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vacuna contra la neumonía Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Refuerzo de Tétanos Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OTROS MÉDICOS:**

**OB / GYN:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NEURO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CARDIÓLOGO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NEUMÓLOGO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ORTOPEDIA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_