



Your Health is Your Wealth

Nombre del paciente: _____
Número de seguro social: _____

Fecha de hoy: _____
Fecha de nacimiento: _____

Por cuáles de las siguientes condiciones médicas está siendo tratado o ha sido tratado?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Falta de Aire |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los Ojos | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Presión Baja | <input type="checkbox"/> Problemas de los Pulmones / Tos |
| <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Anemia ó problemas de la sangre | <input type="checkbox"/> Alergias Temporales |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroide | <input type="checkbox"/> Problemas en los Oídos |
| <input type="checkbox"/> Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Cancer _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ataques Epilépticos |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza / Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Depresión / Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Problemas Neurológicos | <input type="checkbox"/> Problemas del Hígado / Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Cuidado Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Ulceras / Inflamación del Colon |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los Riñones o la Vegiga | |
| <input type="checkbox"/> Artritis | |

Por favor describa cualquier tratamiento médico, actual o pasado, que no se haya mencionado previamente:

Mencione sus cirugías previas: _____

A que es alérgico (a)? _____

Que medicamentos está tomando? _____

Historial Preventivo y Social:

Fuma o mastica tabaco? _____

Si no lo hace, alguna vez lo ha hecho? _____

Cuántas cajetillas al día? _____

Bebe alcohol, cerveza o vino? _____

Si no lo hace, alguna vez lo ha hecho? _____

Cuantos tragos al día? _____

Toma café y/o té? _____

Cuántas tazas al día? _____

Se ejercita diariamente/semanalmente? _____
Utiliza el cinturón de seguridad al conducir? _____

Algún miembro de su familia (hijos y padres) ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

Anemia o Problemas de la sangre? _____	Quien? _____
Cancer? _____	Quien? _____
Diabetes? _____	Quien? _____
Glaucoma? _____	Quien? _____
Problemas del Corazón? _____	Quien? _____
Presión Alta? _____	Quien? _____
VIH / SIDA? _____	Quien? _____
Enfermedades Mentales / Depresión? _____	Quien? _____
Derrame Cerebral? _____	Quien? _____
Otro? _____	Quien? _____

MUJERES: Historial Ginecológico

Cuantas veces ha estado en embarazo? _____
Cuantos hijos tiene? _____
Si los primeros dos numeros no son iguales, por favor explique: _____

Fecha de su última citología (papanicolao) _____
Alguna vez ha tenido una citología (papanicolao) anormal? _____
Por que razón? _____
Alguna vez ha tenido una enfermedad de transmisión sexual? _____
Que Enfermedad? _____
Fecha de su última mamografía _____
Cuáles fueron los resultados? _____
Ha tenido una biopsia del seno? _____
Cuáles fueron los resultados? _____

Cómo le gustaría que le entreguemos sus recetas? Circule 1 o 2

1. Transmitidas a su farmacia
Nombre de la farmacia _____
Número Telefónico _____
Calle _____
2. En papel

Al firmar, certifico que la información proveída es precisa y está completa

Firma del Paciente o del Guardián Legal del Menor _____
Fecha: _____