

<b>Nombre del paciente:</b> <b>Fecha de nacimiento:</b> ____ / ____ / ____	<b>Nombre preferido:</b>	<b>Fecha de la visita:</b>
<b>Sexo al nacer:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Intersexual <b>Pronombre preferido:</b> <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Ellx/elle <input type="checkbox"/> Otro:	<b>Se identifica como:</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre trans/transexual postoperatorio de mujer a hombre <input type="checkbox"/> Mujer trans/transexual postoperatorio de hombre a mujer <input type="checkbox"/> Otro:	<b>¿Piensas en ti mismo como</b> <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay o Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> algo más, por favor especifique <input type="checkbox"/> No sé

Alergias (medicamentos, alimentos, látex, picaduras de abejas, etc.)	Tipo de reacción

Utilizar la sección de comentarios adicionales para indicar otras alergias, medicamentos, suplementos, etc.

## **Médicos y farmacias**

Farmacia	Dirección	Teléfono/fax
Proveedor/especialistas de atención primaria	Dirección	Teléfono/fax
Médico de atención primaria:		
Especialista:		

## Hospitalizaciones/cirugías

Incluya todas las visitas/estancias, procedimientos, incluso si no son pertinentes a esta visita. Si no tiene antecedentes, escriba "ninguno".

## SI EL NIÑO QUE SE ATIENDE HOY ES MENOR DE 6 AÑOS, COMPLETE ESTA SECCIÓN

¿Cuándo empezó la atención prenatal? <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> trimestre (de 0 a 13 semanas) <input type="checkbox"/> 2 <sup>o</sup> trimestre (de 14 a 26 semanas) <input type="checkbox"/> 3 <sup>er</sup> trimestre (de 27 a más de 40 Semanas) <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> No sabe	Hospital de nacimiento: _____ Peso al nacer: ____ lb ____ oz o ____ kg <input type="checkbox"/> Complicaciones de parto:	<input type="checkbox"/> Complicaciones del recién nacido: <input type="checkbox"/> Unidad de cuidados intensivos neonatales Edad al momento del alta: ____ Días <input type="checkbox"/> Semanas
<input type="checkbox"/> Complicaciones del embarazo:  Estreptococos del grupo B (GBS): <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro (menos de 37 semanas) Edad gestacional _____ (semanas) <input type="checkbox"/> Nacimiento vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea Motivo:	¿Tuvo su bebé una prueba de audición para recién nacidos? <input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Reprobada <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe ¿Tuvo su bebé una prueba de detección para recién nacidos (prueba del talón)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido

### VOLUNTADES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA (SOLO para mayores de 18 años)

Ejemplo: Testamento en vida, poder notarial duradero, donación de órganos, orden de no reanimar

¿Ha finalizado algún documento de voluntades anticipadas?  Sí     No    En caso negativo, ¿desea información?  Sí     No

El consumo de alcohol, tabaco y drogas recreativas puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos.

Sus respuestas serán confidenciales. (Alcohol 12 oz de cerveza, 5 oz de vino, 1.5 oz de licor )

¿Bebe alcohol?	¿Usa tabaco? (Cigarrillo, vaporizador, rapé, tabaco de mascar)	¿Usa drogas con fines recreativos?
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Solía beber, pero lo dejé en _____ (año) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> vino <input type="checkbox"/> cerveza <input type="checkbox"/> licor <input type="checkbox"/> Tengo _____ tragos por día <input type="checkbox"/> Tengo _____ tragos por semana <input type="checkbox"/> ¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas en una ocasión? _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Nunca fumé ni consumí tabaco sin humo <input type="checkbox"/> Sí, fumo <input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Cigarros <input type="checkbox"/> Pipas _____ paquete(s) diarios durante _____ años <input type="checkbox"/> Sí, uso tabaco de mascar o tabaco sin humo _____ (cantidad) diarios durante _____ años <input type="checkbox"/> Solía fumar, pero lo dejé en _____ (año) <b>Dejar de fumar</b> <input type="checkbox"/> No estoy interesado en dejar de fumar <input type="checkbox"/> Estoy interesado en dejar de fumar <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No, pero he usado _____ <input type="checkbox"/> Sí, uso <input type="checkbox"/> Medicamentos inhalados <input type="checkbox"/> Medicamentos inyectados <input type="checkbox"/> Prefiero no decir

### Detección/Pruebas

PROPORCIONE LA FECHA Y LOS RESULTADOS DE SU ÚLTIMA EVALUACIÓN A SU SABER Y ENTENDER

Mamografía: Resultado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anómalo	Fecha:	Notas:
Prueba de colon: Resultado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anómalo	Fecha:	Notas:
Papanicolaou: Resultado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anómalo	Fecha:	Notas:
VPH: Resultado <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	Fecha:	Notas:
VIH: Resultado <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	Fecha:	Notas:
Hepatitis C: Resultado <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	Fecha:	Notas:
Otras pruebas:	Fechas:	Notas:

### Antecedentes médicos

Generales	Piel	Cabeza/Ojos/Oídos/Nariz/Garganta	Vías respiratorias
<input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Limitación de la actividad física <input type="checkbox"/> Problemas sexuales <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Eccema <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Antecedentes de cáncer de la piel <input type="checkbox"/> Carcinoma <input type="checkbox"/> Célula basal <input type="checkbox"/> Células escamosas <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Rinitis alérgica estacional (alergia al polen) <input type="checkbox"/> Sinusitis crónica <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Pérdida de visión <input type="checkbox"/> Pérdida de audición <input type="checkbox"/> Usa lentes de contacto o gafas <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> EPOC/enfisema <input type="checkbox"/> Bronquitis recurrente <input type="checkbox"/> Fibrosis quística <input type="checkbox"/> Apnea <input type="checkbox"/> Émbolo/coágulo pulmonar <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón <input type="checkbox"/> Otros:
Cardiovascular	Gastrointestinal	Genitourinarios	Musculoesqueléticos (artromialgias)
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Valvulopatía <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular Edad al momento del ataque cardíaco: _____ <input type="checkbox"/> Latidos irregulares del corazón <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica <input type="checkbox"/> Venas varicosas <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda (TVP) <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Hernia de hiato <input type="checkbox"/> ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico) <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Antecedentes de hepatitis <input type="checkbox"/> Hígado graso (esteatosis hepática) <input type="checkbox"/> Enfermedad del colon <input type="checkbox"/> Cáncer de colon <input type="checkbox"/> Pancreatitis <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Cálculo renal <input type="checkbox"/> Infección urinaria (UTI) <input type="checkbox"/> Fibromas uterinos <input type="checkbox"/> Sangrado uterino anómalo <input type="checkbox"/> Histerectomía Motivo:  <input type="checkbox"/> Infecciones vaginales <input type="checkbox"/> HPB (hiperplasia benigna de la próstata) <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata <input type="checkbox"/> Cáncer de testículo <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Osteopenia/osteoporosis Última prueba de densidad ósea:  <input type="checkbox"/> Fractura: _____ <input type="checkbox"/> Prótesis articular : _____ <input type="checkbox"/> Fibromialgia <input type="checkbox"/> Otros:

### Antecedentes médicos

Endocrinos	Neurológico	Psiquiátrico	Sanguíneos
<input type="checkbox"/> Diabetes <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Tipo 1      <input type="radio"/> Tipo 2</li> <li><input type="radio"/> Gestacional</li> </ul> <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea <input type="checkbox"/> Cáncer de tiroides <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Neoplasia endocrina múltiple</li> <li><input type="radio"/> Cáncer medular de tiroides</li> </ul> <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Aneurisma cerebral <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Traumatismo craneoencefálico <input type="checkbox"/> Tumor cerebral <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo/epilepsia <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Migrañas/dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Bipolar <input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático (TEPT) <input type="checkbox"/> Trastornos de la conducta alimentaria <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos <input type="checkbox"/> Trastorno de la coagulación <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Célula falciforme <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Enfermedad</li> <li><input type="radio"/> Rasgo</li> </ul> <input type="checkbox"/> Otros:
Infeccioso	Cáncer	Otro	Inmunizaciones: Incluir fecha si se conoce
Alguna vez ha tenido: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hepatitis</li> <li><input type="checkbox"/> VIH/SIDA</li> <li><input type="checkbox"/> Tuberculosis</li> <li><input type="checkbox"/> Infección de transmisión sexual               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Clamidia      <input type="radio"/> Gonorrea</li> <li><input type="radio"/> Sífilis      <input type="radio"/> Herpes</li> <li><input type="radio"/> Otro:</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> SARM (estafilococo)</li> <li><input type="checkbox"/> Absceso      <input type="radio"/> (infección)</li> <li><input type="checkbox"/> Abscesos recurrentes</li> <li><input type="checkbox"/> Varicela</li> <li><input type="checkbox"/> Sarampión</li> <li><input type="checkbox"/> Paperas</li> <li><input type="checkbox"/> Otros:</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Tipo/ubicación: _____ Edad al momento del diagnóstico <input type="checkbox"/> Tipo/ubicación: _____ Edad al momento del diagnóstico <input type="checkbox"/> Tipo/ubicación: _____ Edad al momento del diagnóstico <input type="checkbox"/> Tipo/ubicación: _____ Edad al momento del diagnóstico  _____	<input type="checkbox"/> Defecto congénito <input type="checkbox"/> Condición genética Describir: _____ <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Gripe (influenza): _____ <input type="checkbox"/> Neumonía: _____ <input type="checkbox"/> Última vacuna contra el tétonos: _____ <input type="checkbox"/> Hepatitis A: _____ <input type="checkbox"/> Hepatitis B: _____ <input type="checkbox"/> Triple vírica (MMR): _____ <input type="checkbox"/> Varicela: _____ <input type="checkbox"/> Zoster (culebrilla): _____ <input type="checkbox"/> VPH: _____ <input type="checkbox"/> Antimeningocócica: _____ <input type="checkbox"/> COVID-19: _____ <input type="checkbox"/> Otros: Incluir la clínica/oficina de vacunación si se conoce

### Antecedentes familiares Comprobar solo la madre, el padre, el hermano, o el hijo

Marque aquí si desconoce sus antecedentes familiares

Madre <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cardiopatía Edad de inicio: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Type 1 or Type 2</li> <li>Edad de inicio: _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer               <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo: _____</li> <li>Edad de inicio: _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad mental               <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo: _____</li> <li>Edad de inicio: _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Condición genética:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo: _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Otros:</li> <li><input type="checkbox"/> Otros:</li> <li><input type="checkbox"/> Fallecida:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> </ul> </li> </ul>	Padre <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cardiopatía Edad de inicio: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Type 1 or Type 2</li> <li>Edad de inicio: _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer               <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo: _____</li> <li>Edad de inicio: _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad mental               <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo: _____</li> <li>Edad de inicio: _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Condición genética:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo: _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Otros:</li> <li><input type="checkbox"/> Fallecido               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> </ul> </li> </ul>	Hermano(a) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cardiopatía Edad de inicio: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Type 1 or Type 2</li> <li>Edad de inicio: _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer               <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo: _____</li> <li>Edad de inicio: _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad mental               <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo: _____</li> <li>Edad de inicio: _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Condición genética:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo: _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Otros:</li> <li><input type="checkbox"/> Fallecido(a)               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> </ul> </li> </ul>	Niño <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cardiopatía Edad de inicio: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Type 1 or Type 2</li> <li>Edad de inicio: _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer               <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo: _____</li> <li>Edad de inicio: _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad mental               <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo: _____</li> <li>Edad de inicio: _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Condición genética:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo: _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Otros:</li> <li><input type="checkbox"/> Fallecido(a):               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> </ul> </li> </ul>
---	---	---	--

**\*Advertencia: Preguntas personales en el lado posterior de la hoja\***

**\*\*COMPLETE SOLO SI ES NECESARIO, NO SE REQUIERE PARA TODAS LAS VISITAS\*\***

SOLO PARA HOMBRES: ANTECEDENTES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA				
¿Ha sufrido abuso físico o sexual?				
<b>ANTECEDENTES DE SALUD SEXUAL</b>		<b>PLAN DE VIDA REPRODUCTIVA</b>		
¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir		<input type="checkbox"/> Prefiero no decir		
¿Tiene hijos ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe				
¿Ha tenido relaciones sexuales con: <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Ambos		¿Le gustaría tener (más) hijos? De ser así, ¿cuándo?		
¿Pareja sexual que usa drogas callejeras intravenosas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Tiene una pareja sexual que haya tenido alguna vez: <input type="checkbox"/> ETS <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Ambos		<input type="checkbox"/> No aplicable <input type="checkbox"/> No está seguro o es indiferente		
Alguna vez ha tenido: <input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Otra:		¿Qué método anticonceptivo está utilizando?		
SOLO PARA MUJERES: ANTECEDENTES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA				
¿Ha sufrido abuso físico o sexual?				
<b>ANTECEDENTES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA</b>		<b>ANTECEDENTES DE SALUD SEXUAL</b>		
¿Alguna vez ha tenido un periodo menstrual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir		¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir		
¿Cuántos años tenía cuando empezó su periodo menstrual?		¿Cuántos años tenía la primera vez que tuvo relaciones sexuales?		
¿Con qué frecuencia tiene menstruaciones?		¿Ha tenido relaciones sexuales con: <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Ambos		
¿Cuántos días dura su periodo menstrual?		¿Pareja sexual que usa drogas callejeras intravenosas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Mi sangrado es... <input type="checkbox"/> Pesado <input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Mediano		¿Tiene una pareja sexual que haya tenido alguna vez: <input type="checkbox"/> ETS <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Ambos		
¿Tiene calambres durante su menstruación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura		Alguna vez ha tenido: <input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Otra:		
¿Qué medicamento toma para los calambres?				
¿Sangrado o manchado entre periodos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura				
¿Sangrado/manchado después del sexo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura				
¿Alguna vez ha estado embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir		<b>PLAN DE VIDA REPRODUCTIVA</b>		<input type="checkbox"/> Prefiero no decir
Edad del primer embarazo:		¿Qué método anticonceptivo está utilizando?		
¿Ha usado medicamentos de fertilidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura				
¿Procedimientos de fertilidad? (FIV) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura		¿Le gustaría tener (más) hijos?		
¿Cuándo fue su último parto?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro o es indiferente		
¿Se hizo un chequeo después del último parto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha		
¿Está amamantando ahora mismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir				
¿Su madre tomó DES (hormonas) durante el embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura				

#### **Comentarios/información adicionales**