

ANTECEDENTES MÉDICOS (CONTINUACIÓN)

ANTECEDENTES DE SALUD

Etiqueta del paciente



DEPARTAMENTO DE SALUD DE TENNESSEE

Persona que completa el formulario: Paciente Otra _____ (especificar la relación con el paciente)

PREGUNTAS GENERALES SOBRE LA SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (Responda a todo lo que sea pertinente)

Idioma principal de los miembros o el tutor de la familia:	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro (especificar)
<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Separado/a
<input type="checkbox"/> Suministro público de agua	<input type="checkbox"/> Otro suministro de agua	<input type="checkbox"/> Armas en casa	<input type="checkbox"/> Maltrato físico o abuso sexual
<input type="checkbox"/> Usa cinturón o asiento de seguridad	<input type="checkbox"/> Detectores de humo en casa	<input type="checkbox"/> Hace ejercicio regularmente	<input type="checkbox"/> Cuando estaba embarazada de usted, su mamá tomó la hormona DES.

CONSUMO DE TABACO	CONSUMO DE SUSTANCIAS	VACUNAS APLICADAS
<input type="checkbox"/> Fuma cigarrillos Cuántos al día: _____	<input type="checkbox"/> Alcohol Cantidad y frecuencia _____	Última antitetánica: _____
<input type="checkbox"/> Fumó anteriormente Fecha en que lo dejó: _____	<input type="checkbox"/> Drogas (ilícitas / por vía intravenosa) Cantidad y frecuencia _____	Antigripal: _____
<input type="checkbox"/> Mastica o chupa tabaco Frecuencia: _____		Antineumocócica: _____
<input type="checkbox"/> Masticó o chupó tabaco anteriormente Fecha en que lo dejó: _____		SPR (sarampión, paperas y rubéola): _____
<input type="checkbox"/> Expuesto a humo de otros fumadores Dónde (auto, hogar) _____		Hepatitis B _____

VOLUNTADES ANTICIPADAS PARA ATENCIÓN MÉDICA (SÓLO PARA MAYORES DE 18 AÑOS)

¿Tiene algún documento de voluntades anticipadas para la salud? (Ejemplo: testamento vital, poder notarial duradero, donación de órganos, instrucciones de "No reanimar")

SÍ NO Si la respuesta es no, ¿desea recibir información sobre ello? SÍ NO Se proporcionó información SÍ NO

PARA NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD ÚNICAMENTE

Peso al nacer	Tamaño al nacer	<input type="checkbox"/> Parto natural	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Parto prematuro (menos de 36 semanas)
<input type="checkbox"/> Complicaciones en el embarazo:		<input type="checkbox"/> Complicaciones en el parto:		
<input type="checkbox"/> Número de visitas prenatales de la madre:	<input type="checkbox"/> Prueba de trastornos metabólicos al recién nacido en el hospital	<input type="checkbox"/> Prueba de trastornos auditivos al recién nacido en el hospital		
Hospital donde nació:		Duración de la estancia en el hospital:		
Asiste a guardería (nombre):				

ANTECEDENTES MÉDICOS DE LA FAMILIA DEL PACIENTE
(Marque el cuadro correspondiente al familiar en cada caso pertinente)

¿ES USTED ADOPTADO/A? SÍ NO NO LO SABE

	Padre	Madre	Abuelos paternos	Abuelos maternos	Hermano/a		Padre	Madre	Abuelos paternos	Abuelos maternos	Hermano/a
Anemia						Enfermedad renal					
Cáncer (especificar el tipo)						Glaucoma					
Diabetes						Trastorno hemorrágico					
Enfermedad o ataque cardíaco						Rasgo de anemia drepanocítica					
Colesterol alto						Enfermedad mental					
Accidente cerebrovascular						Epilepsia o convulsiones					
Presión arterial alta						Trastornos congénitos					
Enfermedad pulmonar						Otro					

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE (Marque todo lo que corresponda)

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Problemas sexuales |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal o de la vejiga | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica o rasgo de esta |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trastorno de la alimentación | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática o hepatitis | <input type="checkbox"/> Trastorno cutáneo |
| <input type="checkbox"/> Trastorno congénito | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar o tuberculosis | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas |
| <input type="checkbox"/> Coágulo sanguíneo | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides o bocio |
| <input type="checkbox"/> Problemas estomacales o intestinales | <input type="checkbox"/> Trastorno auditivo | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza tipo migraña | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad mamaria | <input type="checkbox"/> Enfermedad o ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Venas varicosas |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista: |
| | | <input type="checkbox"/> Limitaciones de actividad física | <input type="checkbox"/> Usa anteojos o lentes de contacto |

Mamografía más reciente:

Colonoscopia más reciente:

Otro problema (incluir):

CIRUGÍAS	FECHA	HOSPITALIZACIÓN O LESIONES	FECHA

ANTECEDENTES MÉDICOS (CONTINUACIÓN)

Preguntas sobre la salud reproductiva	Respuesta	Preguntas sobre la salud reproductiva	Respuesta
Edad de la primera menstruación		*¿Ha tenido problemas con algún método?	
¿Tiene su menstruación cada mes?		¿Cuántas veces ha estado embarazada?	
Duración promedio del sangrado menstrual		¿En cuántos embarazos hubo un recién nacido vivo?	
¿El sangrado es abundante, medio o leve?		¿Cuántos embarazos terminaron en un aborto espontáneo?	
¿Tiene cólicos con su menstruación?		¿Cuántos embarazos terminaron en un mortinato?	
¿Qué medicamento toma para los cólicos?		¿Cuántos embarazos terminaron por un aborto provocado?	
*¿Ha tenido relaciones sexuales?		¿Cuántos partos por cesárea ha tenido?	
*¿Qué edad tenía en su primera relación sexual?		¿Tuvo algún problema en un embarazo?	
*¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?		¿Cuándo fue su último parto?	
*¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 6 meses?		¿Le hicieron algún examen de revisión después de su último parto?	
*¿Su pareja sexual consume drogas ilícitas por vía intravenosa?		¿Está usted lactando?	
*¿Su pareja sexual tiene relaciones sexuales con otras mujeres?		¿Cuánto pesó al nacer su bebé más pequeño?	
*¿Su pareja sexual tiene relaciones sexuales con hombres?		¿Cuánto pesó al nacer su bebé más grande?	
*¿Su pareja sexual ha estado en prisión?		*¿Alguna vez ha tenido una enfermedad de transmisión sexual?	
*¿Su pareja o parejas han tenido una enfermedad de transmisión sexual?		*¿Le han diagnosticado alguna vez VIH o SIDA?	
*¿Su pareja o parejas han tenido una alguna vez el VIH?		*¿Alguna vez le han hecho la prueba del SIDA?	
*¿Alguna vez ha sido víctima de maltrato físico o abuso sexual?		¿Cuándo le hicieron la última prueba de Papanicolaou?	
¿Cuándo le gustaría embarazarse, si desea hacerlo alguna vez?		¿Fue normal el resultado de su última prueba de Papanicolaou?	
*¿Cuántos hijos le gustaría tener?		¿Ha tenido algún resultado anormal en la prueba de Papanicolaou?	
*¿Cómo evita el embarazo actualmente?		¿Cuándo tuvo un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou?	
*¿Cuál método anticonceptivo desearía hoy?			
*¿Qué otros métodos anticonceptivos ha usado?			

Initial History reviewed with the client by (Formulario inicial de antecedentes revisado con el paciente por):

STAFF SIGNATURE/TITLE _____ DATE _____
 (FIRMA Y CARGO DEL MIEMBRO DEL PERSONAL) (FECHA)

**DO NOT WRITE BELOW THIS LINE - FOR STAFF USE ONLY
 (NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA: ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL)**

At top of column, put date of counseling. Then sign your initials across from the topic under the date column. Ideally, cover no more than 3-4 topics per visit. Cover different required topics each visit until all required topics and other topics are reviewed. Repeat only as needed.

Family Planning Required Topics	Date:	Date:	Date:	Date:	Date:	Date:
Family involvement/Teens/1 st visit						
Sexual coercion/Teens/1 st visit						
Health dept. services & clinic routine						
Why test or screen?						
Tests and exam results						
All FP methods/abstinence/ECPs						
Informed consent/details of method						
24-Hour Emergency Care						
Reproductive health plan/spacing						
STDs & STD prevention						
Breast (♀)/Testicular (♂) self-exam						
Referral counseling done as needed						
Other Topics						
Nutrition/weight/folic acid/calcium						
High risk sexual & lifestyle behaviors						
ETOH, drugs, smoking cessation						
Domestic violence/personal safety						
ABC of HIV Prevent. & HIV testing						
♂ & ♀ anatomy and physiology						
Immunizations						
Pregnancy test results w/ counseling						
Bicycle, car/seatbelt & firearm safety						