

Tenga en cuenta: *Toda la información es confidencial y pasará a formar parte de su historia clínica.*

Por favor, complete todas las casillas lo mejor posible

FAVOR DE ESCRIBIR CON CLARIDAD.

Etiqueta con datos del paciente

Nombre del paciente:		Nombre preferido:	Fecha de la visita:
Fecha de nacimiento: ____/____/____			
Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Intersexual		Se identifica como: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre trans/transsexual postoperado de mujer a hombre <input type="checkbox"/> Mujer trans/transsexual postoperado de hombre a mujer <input type="checkbox"/> Otro:	¿Piensas en ti mismo como <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
Pronombre preferido: <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Ellx/elle <input type="checkbox"/> Otro:			

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

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

Medicamentos y suplementos con y sin receta	Dosis y frecuencia	Motivo

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".		
Hospitalizaciones/cirugías	Fechas	Descripción

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

¿Cuándo empezó la atención prenatal? <input type="checkbox"/> 1 ^{er} trimestre (de 0 a 13 semanas) <input type="checkbox"/> 2 ^o trimestre (de 14 a 26 semanas) <input type="checkbox"/> 3 ^{er} 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: __ <input type="checkbox"/> 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? <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	¿Usa tabaco? (Cigarrillo, vaporizador, rapé, tabaco de mascar) <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) Dejar de fumar <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	¿Usa drogas con fines recreativos? <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 <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Limitación de la actividad física <input type="checkbox"/> Problemas sexuales <input type="checkbox"/> Otros:	Piel <input type="checkbox"/> Eccema <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Antecedentes de cáncer de la piel ○ Carcinoma ○ Célula basal ○ Células escamosas ○ No sabe <input type="checkbox"/> Otros:	Cabeza/Ojos/Oídos/Nariz/Garganta <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:	Vías respiratorias <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 <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:	Gastrointestinal <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 ○ Antecedentes de hepatitis ○ Hígado graso (esteatosis hepática) <input type="checkbox"/> Enfermedad del colon <input type="checkbox"/> Cáncer de colon <input type="checkbox"/> Pancreatitis <input type="checkbox"/> Otros:	Genitourinarios <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:	Musculoesqueléticos (artromialgias) <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 ○ Tipo 1 ○ Tipo 2 ○ Gestacional <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea <input type="checkbox"/> Cáncer de tiroides ○ Neoplasia endocrina múltiple ○ Cáncer medular de tiroides <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 ¿Le gustaría hablar de alguna inquietud?	<input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos <input type="checkbox"/> Trastorno de la coagulación <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Célula falciforme ○ Enfermedad ○ Rasgo <input type="checkbox"/> Otros:
Infecioso	Cáncer	Otro	Inmunizaciones: Incluir fecha si se conoce
Alguna vez ha tenido: <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Infección de transmisión sexual ○ Clamidia ○ Gonorrea ○ Sífilis ○ Herpes ○ Otro: <input type="checkbox"/> SARM (estafilococo) ○ Absceso ○ (infección) <input type="checkbox"/> Abscesos recurrentes <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Otros:	<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 tétanos: _____ <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			<input type="checkbox"/> Marque aquí si desconoce sus antecedentes familiares
Madre <input type="checkbox"/> Cardiopatía Edad de inicio: _____ <input type="checkbox"/> Diabetes • Type 1 or Type 2 Edad de inicio: _____ <input type="checkbox"/> Cáncer Tipo: _____ Edad de inicio: _____ <input type="checkbox"/> Enfermedad mental Tipo: _____ Edad de inicio: _____ <input type="checkbox"/> Condición genética: Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> Otros:	Padre <input type="checkbox"/> Cardiopatía Edad de inicio: _____ <input type="checkbox"/> Diabetes • Type 1 or Type 2 Edad de inicio: _____ <input type="checkbox"/> Cáncer Tipo: _____ Edad de inicio: _____ <input type="checkbox"/> Enfermedad mental Tipo: _____ Edad de inicio: _____ <input type="checkbox"/> Condición genética: Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> Otros:	Hermano(a) <input type="checkbox"/> Cardiopatía Edad de inicio: _____ <input type="checkbox"/> Diabetes • Type 1 or Type 2 Edad de inicio: _____ <input type="checkbox"/> Cáncer Tipo: _____ Edad de inicio: _____ <input type="checkbox"/> Enfermedad mental Tipo: _____ Edad de inicio: _____ <input type="checkbox"/> Condición genética: Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> Otros:	Niño <input type="checkbox"/> Cardiopatía Edad de inicio: _____ <input type="checkbox"/> Diabetes • Type 1 or Type 2 Edad de inicio: _____ <input type="checkbox"/> Cáncer Tipo: _____ Edad de inicio: _____ <input type="checkbox"/> Enfermedad mental Tipo: _____ Edad de inicio: _____ <input type="checkbox"/> Condición genética: Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> Otros:
<input type="checkbox"/> Fallecida: • Edad	<input type="checkbox"/> Fallecido • Edad	<input type="checkbox"/> Fallecido(a) • Edad	<input type="checkbox"/> Fallecido(a): • Edad

Advertencia: Preguntas personales en el lado posterior de la hoja

