

Nombre del paciente: _____ Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____ Idioma preferido: _____

PREFERENCIA DE FARMACIA

Nombre de farmacia local: _____ Ciudad: _____ Calle: _____

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE (encierre con un círculo sí o no)

Abuso de alcohol/ drogas	Sí	No	Cataratas	Sí	No	Ataque cardíaco	Sí	No	Patología nerviosa/ muscular	Sí	No
Alergias (que no sean medicinas)	Sí	No	Problemas circulatorios	Sí	No	Acidez/Reflujo gastroesofágico /úlceras	Sí	No	Osteoporosis	Sí	No
Anemia	Sí	No	Colitis/enfermedad intestinal	Sí	No	Hipertensión arterial	Sí	No	Neumonía	Sí	No
Ansiedad	Sí	No	Insuficiencia cardíaca congestiva	Sí	No	VIH/SIDA	Sí	No	Convulsiones	Sí	No
Artritis	Sí	No	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Sí	No	Ictericia	Sí	No	Anemia de células falciformes	Sí	No
Asma	Sí	No	Depresión	Sí	No	Nefropatía	Sí	No	Derrame cerebral	Sí	No
Deformaciones congénitas/problemas genéticos	Sí	No	Diabetes	Sí	No	Meningitis	Sí	No	Patología de la glándula tiroides	Sí	No
Coágulos de sangre	Sí	No	Enfisema	Sí	No	Problemas de salud mental	Sí	No	Tuberculosis	Sí	No
Transfusión de sangre	Sí	No	Glaucoma	Sí	No	Soplo	Sí	No	Hepatitis viral	Sí	No
Cáncer	Sí	No	Colesterol alto	Sí	No	ADD/ADHD	Sí	No	Problemas de pie	Sí	No
Orta historia clínica: _____											

HISTORIA QUIRÚRGICA DEL PACIENTE (encierre con un círculo sí o no)

Cirugía abdomen	Sí	No	Cirugía cerebral	Sí	No	Cesárea	Sí	No	Reparación de una hernia	Sí	No
Apendicectomía	Sí	No	Cirugía de la mama	Sí	No	Colecistectomía (vesícula biliar)	Sí	No	Histerectomía	Sí	No
Reparación quirúrgica: huesos quebrados/ fracturas	Sí	No	Cirugía del colon	Sí	No	Amigdalectomía	Sí	No	Reemplazo articular	Sí	No
Injerto de derivación de la arteria coronaria	Sí	No	Cirugía cosmética	Sí	No	Esterilización	Sí	No	Tubos en los oídos	Sí	No
Otros antecedentes quirúrgicos: _____											

HISTORIA SOCIAL DEL PACIENTE para mayores de 10 años de edad

Tabaquismo Paquetes por día Fecha en que abandonó	Sí	Nunca	Abandonó	Pasivo	Comentario _____ Años de tabaquismo 0,5 1 2 3 4 5 10 otro _____		
	0,25	0,5	1	1,5		2	3
Consumo de alcohol Targos por semana	Sí	No	Vaso(s) de vino			Comentario _____	
			Lata(s) de cerveza				
			Trago(s) de licor				
			Tragos que contengan 0,5 oz de alcohol				
Uso de drogas Por semana	Sí	No	Comentario _____				
	Tipos						
			Marihuana	Metanfetamina			
		Cocaína	IV				
Sexualmente activo Sexo de las parejas	Sí	No	No en la actualidad	Comentario _____			
			Femenino	Masculino			
Control de la natalidad/protección: Condón Píldora Cirugía Espermicida Ritmo Inyección Abstinencia							

REVERSO →

Complete la siguiente información relacionada con los antecedentes médicos de su familia

COLOQUE UNA "X" EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE A CONTINUACIÓN (ver ejemplo)

ANTECEDENTES FAMILIARES

Relación	Nombre	Estado	Cáncer: tipo y edad de fallecimientos (si aplica)	Tipo de diabetes	Insuficiencia cardíaca	Hipertensión ((presión arterial alta)	Asma	Colesterol alto	Artritis reumatoidea	Artritis-Osteoartritis	Derriame Cerebral	Patología de la glándula tiroideas	Convulsiones	Migraña	Erupciones cutáneas/ problemas de piel	Otro
Ejemplo	Hermana	Sally	Vive/falleció	X		X				X						
Padres	Madre		Vive/falleció													
Padres	Padre		Vive/falleció													
Hermanos			Vive/falleció													
Hermanos			Vive/falleció													
Hermanos			Vive/falleció													
Hermanos			Vive/falleció													
Hijos del paciente			Vive/falleció													
Hijos del paciente			Vive/falleció													
Hijos del paciente			Vive/falleció													
Hijos del paciente			Vive/falleció													
Hermanos			Vive/falleció													
Abuelos	Abuela materna		Vive/falleció													
Abuelos	Abuelo materno		Vive/falleció													
Abuelos	Abuela paterna		Vive/falleció													
Abuelos	Abuelo paterno		Vive/falleció													

FEMENINO

MANTENIMIENTO DE LA SALUD	FECHA
Último examen gine./citología vaginal	
Última mamografía	
Última prueba de densidad ósea	
Última colonoscopia	
Última Tdap/tétano	
Última Pneumovax	
Última vacuna contra la gripe	
Zostavax	

MASCULINO

MANTENIMIENTO DE LA SALUD	FECHA
Último PSA	
Última colonoscopia	
Última Tdap/tétano	
Última Pneumovax	
Última vacuna contra la gripe	
Zostavax	

¿Consulta a otros médicos? Sí No

Nombre _____ ¿Para qué? _____

Nombre _____ ¿Para qué? _____

Nombre _____ ¿Para qué? _____

Nombre _____ ¿Para qué? _____