

Historia Médica Confidencial

Fecha: _____

Historia Familiar: Fue usted adoptada? ___ No ___ Sí (Si contesto que Sí, no llene la parte de la historia familiar)

Para el uso del consultorio solamente

Marque la caja si sus padres, hermanos o niños han tenido alguno de estos, y anote quien.

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> uso de alcohol/drogas _____ | 8. <input type="checkbox"/> problemas psicologicos _____ |
| 2. <input type="checkbox"/> artritis _____ | 9. <input type="checkbox"/> infarto _____ |
| 3. <input type="checkbox"/> anemia severa _____ | 10. <input type="checkbox"/> colesterol alto _____ |
| 4. <input type="checkbox"/> problemas con la sangre _____ | 11. <input type="checkbox"/> derame cerebral _____ |
| 5. <input type="checkbox"/> diabetes _____ | 12. <input type="checkbox"/> defectos de nacimiento/problemas geneticos _____ |
| 6. <input type="checkbox"/> cáncer: que tipo: _____ | (ejemplos: células falsiformes, PKU, G6PD, Tay Sachs): _____ |
| 7. <input type="checkbox"/> alta presión _____ | |

Historia Médica: Marque la caja si usted tiene o ha tenido problemas con lo siguiente:

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> la piel | 21. <input type="checkbox"/> los cenos: bolita/tumor/desecho/cirujía |
| 2. <input type="checkbox"/> los ojos/la visión | 22. <input type="checkbox"/> el bilis o piedras |
| 3. <input type="checkbox"/> los oidos/el escuchar | 23. <input type="checkbox"/> el higado/hepatitis |
| 4. <input type="checkbox"/> la boca/los dientes | 24. <input type="checkbox"/> el estómago |
| 5. <input type="checkbox"/> sangrado (no con menstruación) | 25. <input type="checkbox"/> emibiasis |
| 6. <input type="checkbox"/> anemia | 26. <input type="checkbox"/> úlceras |
| 7. <input type="checkbox"/> cáncer: que tipo? | 27. <input type="checkbox"/> excremento negro o con sangre |
| 8. <input type="checkbox"/> diabetes | 28. <input type="checkbox"/> riñones |
| 9. <input type="checkbox"/> las tiroides | 29. <input type="checkbox"/> líquiando orina |
| 10. <input type="checkbox"/> dolor de cabeza | 30. <input type="checkbox"/> mal de orina |
| 11. <input type="checkbox"/> ataques/epilepsia | 31. <input type="checkbox"/> gonorea, sífilis, clamidia, verugas genitales |
| 12. <input type="checkbox"/> problemas psicológicos | 32. <input type="checkbox"/> herpes, ampollas en los labios |
| 13. <input type="checkbox"/> suicidio/depresion | 33. <input type="checkbox"/> VIH/el SIDA |
| 14. <input type="checkbox"/> alto colesterol | 34. <input type="checkbox"/> fracturas de hueso |
| 15. <input type="checkbox"/> corazón | 35. <input type="checkbox"/> dolor de la espalda |
| 16. <input type="checkbox"/> alta presión | 36. <input type="checkbox"/> las articulaciones, artritis |
| 17. <input type="checkbox"/> asma | 37. <input type="checkbox"/> infección vaginal |
| 18. <input type="checkbox"/> tuberculosis | 38. <input type="checkbox"/> infección en la matriz |
| 19. <input type="checkbox"/> otra enfermedad del pulmón | 39. <input type="checkbox"/> tumor o fibroide pélvica |
| 20. <input type="checkbox"/> prueba positiva para la tuberculosis | 40. <input type="checkbox"/> papanicolau anormal, cuándo?: _____ |

Tiene usted alergia a medicina? Cuál(es)?: _____

Toma usted alguna medicina recetada? Cuál(es)?: _____

Hospitalizaciones/Cirujías: Apunte todos (menos los para embarazos)

| Fecha | Hospitalizaciones/Cirujías: | Fecha | Hospitalizaciones/Cirujías: |
|-------|-----------------------------|-------|-----------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Historia de embarazos: usted tuvo _____ años cuando salió embarazada por primera vez.

| # | mes/año | semanas de embarazo | cómo terminó? (parto vaginal/cesarea, pérdida, aborto) | horas de parto | sexo | peso | nombre | Dónde? Su doctor? | complicaciones | Dió pecho? |
|---|---------|---------------------|--|----------------|------|------|--------|-------------------|----------------|------------|
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |

gravida:

living:

term para:

preterm:

TABs:

SABs

ectopics: