

Distrito Cuatro Historial medico del Paciente

Es usted alergico algun medicamento?

Si o No

Cual medicamento?

Si no entiende alguna de las preguntas , dejelo en blanco y preguntele a la enfermera.

Historial Medico:

Circule lo que aplica a usted, S para si N para no.

	Usted	Familia	
Lupus	S o N	S o N	_____
Ataque de Convulsiones O Derrame	S o N	S o N	_____
Anemia Depranocitica	S o N	S o N	_____
Trombosis o Embolia pulmonar	S o N	S o N	_____
Enfermedades cardiacas/Defecto o Soplo	S o N	S o N	_____
Desorden de la Sangre/Hemofilia	S o N	S o N	_____
Alta Presion Sanguinea	S o N	S o N	_____
Colesterol Alto	S o N	S o N	_____
Asma o Bronquitis Cronica	S o N	S o N	_____
Tuberculosis	S o N	S o N	_____
Enfermedad del higado/Hepatitis	S o N	S o N	_____
Enfermedad o Piedras en la Vesicula	S o N	S o N	_____
Problemas del estomago/Ulceras	S o N	S o N	_____
Problemas con los Intestinos	S o N	S o N	_____
Problemas de Rinones/Vejiga	S o N	S o N	_____
Osteoporosis	S o N	S o N	_____
Cancer	S o N	S o N	_____
Diabetes/Problemas con el Azucar	S o N	S o N	_____
Escoliosis	S o N		_____
Dolor de cabeza severo/Migrana	S o N		_____
Sarpullido,Llagas, o Lunares en la piel	S o N		_____
Tatuajes, o perforaciones	S o N		_____
Anemia (hierro bajo)	S o N		_____
Varices	S o N		_____
Depresion/Ansiedad/Desorden Alimenticio	S o N		_____
Desorden Bipolar/Esquizofrenia	S o N		_____
Bebe Alcohol	S o N		_____
Fuma/Masca/Moja Tabaco	S o N		_____
Usa drogas	S o N		_____
Suplementos Dieteticos/Medicinas Herbales	S o N		_____

Ha tenido una enfermedad grave alguna vez? Porfavor explique:

\_\_\_\_\_

Ha estado en el hospital por alguna razon? Porque ?

\_\_\_\_\_

Ha tenido alguna sirugia?

\_\_\_\_\_

Anote todos los medicamentos que toma:

\_\_\_\_\_

Evaluacion de riesgo de Tuberculosis:

Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis infecciosa?	S o N
Tiene VIH o considera que tiene riesgo de infeccion de VIH?	S o N
Es nacido en el extranjero (especialmente Asiatico,Africano,Latino) un refugiado o inmigrante?	S o N
Ha estado en contacto con alguien que a estado en la carcel en los ultimos 5 anos	S o N
Tiene alguna condicion medica o tratamiento de una condicion medica que oprime al sistema inmunologico?	S o N
Vive en alguna comunidad en la que se ha establecido que hay un alto riesgo de Tuberculosis?	
Tiene algun historial de viajes o esta en contacto con alguien que ha viajado a paises endemicos?	S o N

**Mujeres solamente**

**Historial Ginecologico/Menstrual**

A que edad le empezo su primer menstruacion? \_\_\_\_\_  
Cuando le empezo su ultima menstruacion? \_\_\_\_\_  
Cuantos dias le duro? \_\_\_\_\_  
Fue normal? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique \_\_\_\_\_  
Cada cuando le viene su menstruacion \_\_\_\_\_  
Algun problema? \_\_\_\_\_  
Usa duchas(lavados vaginales)? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Tiene flujo vaginal/mal olor? \_\_\_\_\_  
Se revisa usted misma los senos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Cada cuando? \_\_\_\_\_  
Algun problema con los senos? \_\_\_\_\_  
Alguna vez se ha hecho un examen pelvico? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Que fecha fue? \_\_\_\_\_  
Fecha de su ultimo papanicolau \_\_\_\_\_  
Alguna vez le ha salido anormal el resultado del papanicolau? \_\_\_\_\_  
Se ha hecho la mamografia? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Fecha de la mamografia? \_\_\_\_\_

**Historial Sexual y Anticonceptivo:**

A que edad tuvo relaciones sexuales por primera vez? \_\_\_\_\_  
Fecha de la ultima vez? \_\_\_\_\_  
Cuantas parejas actuales? \_\_\_\_\_  
Usa condones cada vez que tiene relaciones? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Tiene relaciones con:  
Hombres solamente: \_\_\_\_\_ Mujeres solamente? \_\_\_\_\_ O ambos \_\_\_\_\_  
Tiene dolor o sangrado con las relaciones? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Se inyecta drogas? \_\_\_\_\_  
Usted o su pareja tienen VIH o Sida? \_\_\_\_\_  
Como tiene relaciones sexuales?  
Vaginal \_\_\_\_\_ Oral \_\_\_\_\_ Anal \_\_\_\_\_  
Ha tenido escalofrios o fiebre reciente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Usted o su pareja han tenido una enfermedad venerea? Porfavor marque  
cual(Gonorrea, Clamidia, Sifilis, Herpes, Virus del papiloma, otro?) \_\_\_\_\_  
Que metodo usa para planificar?  
Pastillas \_\_\_\_\_ Inyeccion de planificar \_\_\_\_\_ Gel/Espuma \_\_\_\_\_  
Diafragma \_\_\_\_\_ Dispositivo \_\_\_\_\_ El Parche \_\_\_\_\_  
Condones \_\_\_\_\_ Abstinencia \_\_\_\_\_  
Su pareja se retira durante las relaciones? \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_  
Esta satisfecha con este metodo? \_\_\_\_\_  
Quieren usted o su pareja embarazarse? \_\_\_\_\_

**Historial Obstretico**

Ha estado embarazada alguna vez? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si, Cuantas veces? \_\_\_\_\_  
Cuantos fueron:  
Termino completo \_\_\_\_\_ Prematuro \_\_\_\_\_ Nacio muerto \_\_\_\_\_  
Cuantas veces tuvo:  
Aborto espontaneo \_\_\_\_\_ Aborto provocado \_\_\_\_\_  
Algunos de sus bebes peso menos de 5 1/2 libras al nacer?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Algunos de sus bebes peso mas de 9 libras al nacer?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Amamanto a su bebe o le dio formula? \_\_\_\_\_  
Esta amamantado ahora? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Su mama tomo diethylstilbestrol cuando estaba  
embarazada contigo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Tuvo algun problema con algunos de sus embarazos?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Se ha vacunado contra la varicela o le ha dado  
la enfermedad? \_\_\_\_\_

**Hombres solamente:**

Se ha circuncidado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Tiene algun problema con los testiculos o  
Escroto(bultos, dolor, hinchazon)? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Se examina usted mismo los testiculos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Alguna vez ha estado involucrado en un  
embarazo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Relaciones de Pareja**

Alguna vez su pareja le ha pegado, pateado,  
empujado, o le ha lanzado objetos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Lo ha forzado alguien a tener cualquier forma de  
contacto sexual contra su voluntad(cuando ha  
Querido decir que No) Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Alguna vez tu o tus hijos han sentido temor o  
se han sentido amenazados port u pareja/novio?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Hay alguna Amistad intima o familiar con quien  
puedes hablar sobre el sexo, o algun otro tema  
delicado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si respondio si, con quien? \_\_\_\_\_  
Ha sentido ganas de hacerse dano usted mismo?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Client Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nurse Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Interpreter Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_