

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 _____