

NUEVO RÉCORD DE LA HISTORIA DEL PACIENTE

Tu nombre _____ Fecha de nacimiento _____

La siguiente información es muy importante para su salud. Por favor tome tiempo total y completamente llenar esta información importante. Contamos con usted.

1. IDIOMA:

- Inglés Español Otra _____ Negarse a especificar

2. ORIGEN ÉTNICO:

- No Hispano/Latino Hispano/Latino →
 Negarse a especificar

Si latinos por favor especifique:
 Mexicano, mexicano americano, Chicano/a
 Puertorriqueño Cubanos Otra _____

3. RAZA:

- Blanco American Indian/Alaska Native Asia Otra _____
 Negro/Afro Americano Nativo de Hawai u otro Islas del Pacifico Negarse a especificar

4. IDENTIDAD DE GÉNERO:

- Masculino Hombre transexual (mujer a hombre) Mujer transgénero (de hombre a mujer) Otra _____
 Mujer Ni hombre ni mujer Negarse a especificar

5. ESTADO CIVIL:

- Casado Pareja de hecho Anuló Viudo/a
 Se divorciaron Separado legalmente Nunca se casó Negarse a especificar

6. SITUACIÓN EN EL EMPLEO:

- Tiempo completo Retirado Por cuenta propia Negarse a especificar
 Tiempo parcial No empleadas Militar Activo

7. MÁS ALTO NIVEL DE EDUCACIÓN:

- Menos de Secundaria Grado Profesional Título de licenciatura Negarse a especificar
 Algo de Preparatoria Algo de Universidad Grado de maestría
 Bachillerato Grado de asociado Doctorado

8. VIVIR CON:

- Solos Niño(s) Pareja Primo(s)
 Esposo Madre(s) Hermano(s) Negarse a especificar
 Compañero de Cuarto Padre(s) Abuelo(a)(s)
 Padrastro o Madrastra Guarda Tía(s)/Tío(s)

Tu nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Lista de medicamentos que está tomando medicamentos y dosis, las píldoras anticonceptivas o vitaminas tomar con o sin receta médica. Favor de traer sus envases de medicación actual junto con usted a su cita. _____

Drogas o alergias otros lista de los que es alérgico.

Hospitalizaciones lista enfermedades graves, lesiones u operaciones y año aproximado. EXCLUIR LOS EMBARAZOS NORMALES.

Año	Grave enfermedad, lesión u operación	Nombre del hospital	Ciudad y estado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

VACUNAS Compruebe que ha tenido. Nota más reciente año recibido.

- Neumonía _____ La poliomyelitis _____ Gripe _____ Tétanos _____
 Rubéola _____ Otros _____

SALUD DE SU FAMILIA

	Primer nombre	Año de nacimiento	La salud es:		Murió a la edad:	Causa de la muerte
			Buenos	Pobre		
Padre	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	_____
La madre	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	_____
Hermanos	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	_____
&	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	_____
Hermanas	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	_____
Esposo	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	_____
Niños	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	_____
	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	_____
	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	_____

NUEVO RÉCORD DE LA HISTORIA DEL PACIENTE

Tu nombre _____ Fecha de nacimiento _____

ENFERMEDADES Verifique que usted o los miembros de su familia han tenido las siguientes enfermedades o problemas

- | Tú | Tu familia | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer, tumor |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El abuso de drogas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depresion |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Eczema, Urticaria, Erupciones |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de los ojos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades del corazón |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | VIH |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de riñón/vejiga |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad hepática, hepatitis, amarillo, ictericia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad pulmonar, tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Paperas, sarampión, varicela |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad crisis nerviosa y mental |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Phlebitis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rubéola, sarampión alemán |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ictus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Intento de suicidio |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Úlcera en el estómago/duodeno |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sangrado incontrolable |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otras enfermedades: |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

HISTORIA DE EMBARAZO

- Introduzca el número de:
- Tiempos de embarazadas _____
 - Nacimientos prematuros..... _____
 - Abortos espontáneos _____
 - Abortos _____
 - Nacidos vivos _____
 - Hijos vivos _____

CONSUMO DE TABACO:

- Humo Current/Ex/Nunca
_____ paquetes de _____ anos
Fecha de dejar de fumar _____
- Chew Current/Ex/Nunca
- Vape Current/Ex/Nunca

CONSUMO DE ALCOHOL:

- Sí Cantidad por semana _____
- No
- ¿Siempre abusan del alcohol? Sí / No

USO DE DROGAS:

- Sí
- No

A lo mejor de mi conocimiento, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina del médico de cualquier cambio en mi condición de médico.

Firma del Paciente

Fecha