

Formulario de historia clínica para pacientes adultos

Nombre legal: _____ Nombre anterior (si aplica): _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Nombre preferido: _____ Pronombre(s): _____ Género: _____

Estado civil: **S C V D En pareja**

Ocupación: _____

Si está jubilado(a), ocupación previa: _____

Núcleo familiar (personas que viven en su casa): _____

Indique si tiene alguna alergia o intolerancia a medicamentos:

Antecedentes médicos personales: Marque con un círculo Sí o No, explique las respuestas afirmativas (cuándo ocurrió o fue diagnosticado).

Alcoholismo	S	N
Trastorno de ansiedad	S	N
Anemia	S	N
Artritis	S	N
Asma	S	N
Tendencia a sangrar	S	N
Formación de coágulos sanguíneos	S	N
Colesterol alto	S	N
Cáncer	S	N
Depresión	S	N
Diabetes	S	N
Enfisema/EPOC	S	N
Epilepsia	S	N
Exposición a asbesto	S	N
Exposición a tuberculosis	S	N
Glaucoma	S	N
Rinitis alérgica estacional	S	N
Enfermedad cardíaca	S	N
Hepatitis (ictérica)	S	N
Presión arterial alta	S	N
Enfermedad renal	S	N
Cálculos renales	S	N
Migrañas	S	N
Osteoporosis	S	N
Neumonía	S	N
Poliomielitis	S	N
Infección recurrente de vejiga	S	N
Fiebre reumática	S	N
Apnea del sueño	S	N
Accidente cerebrovascular	S	N
Enfermedad tiroidea	S	N
Tuberculosis	S	N
Úlcera	S	N
Otras afecciones graves	S	N

Enumere todas las cirugías a las que se ha sometido e indique las fechas respectivas.

Cirugía	Fecha:

¿Adoptado(a)? S N

Antecedentes familiares (parientes consanguíneos)

Si viven, indique cualquier problema de salud (enfermedad cardíaca, cáncer, diabetes, presión arterial alta, etc.). Si fallecieron, indique la causa de la muerte. **Edad de fallecimiento**

Padre

Madre

Abuelos maternos

1

2

Abuelos paternos

1

2

Hermanos(as)

1

2

3

4

Hijos(as)

1

2

3

4

Número de embarazos (si aplica)

Número de partos (si aplica)

Salud preventiva (Responda las preguntas que apliquen en su caso).

¿Le han realizado una prueba de Papanicolaou? (Si la respuesta es positiva, indique la fecha de la última que se realizó). Fecha: N

¿Se ha realizado una mamografía? (Si la respuesta es positiva, indique la fecha de la última que se realizó). Fecha: N

¿Se ha realizado una densitometría? Fecha: N

¿Se ha realizado una colonoscopia? Fecha: N

¿Tiene un testamento en vida o una declaración de voluntad anticipada? S N

Vacunaciones (Si la respuesta es positiva, indique la fecha de la última que se aplicó).

¿Se ha vacunado contra el tétanos? Fecha: N

¿Se ha vacunado contra la neumonía? Fecha: N

Hábitos sociales y de seguridad (Marque con un círculo las respuestas).

¿Consume alcohol? S N En el pasado

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto bebe por día?

¿Consume tabaco? S N En el pasado

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto fuma por día?

Si fumaba en el pasado: Fecha de comienzo: Fecha de finalización:

¿Tiene exposición al humo de tabaco de segunda mano en su casa? S N En el pasado

¿Consumes cafeína? (Marque con un círculo). Café Té Refrescos Bebidas energéticas

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto bebe por día?

¿Consumes "drogas recreativas"? S N En el pasado

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles consume?

¿Es sexualmente activo(a)? S Actualmente no Nunca

¿Qué género(s) le atrae(n)?

¿Qué hace para ejercitarse?

¿Con qué frecuencia hace ejercicio?

¿Alguna vez ha sufrido abuso? Físico Mental Nunca

¿Está satisfecho(a) con su peso? S N

¿Usa siempre el cinturón de seguridad? S N

Si anda en bicicleta o motocicleta, ¿lleva siempre un casco? S N

¿Tiene armas de fuego en su casa? S N

En caso afirmativo, ¿su núcleo familiar tiene conocimientos sobre seguridad en el uso de armas de fuego? S N

Nombre legal: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Interrogatorio por sistemas

¿Tiene ahora o ha **tenido recientemente** problemas relacionados con los siguientes sistemas? Marque con un círculo Sí o No.
Explique cualquier respuesta afirmativa en el espacio proporcionado.

Síntomas constitucionales		
Fiebre	S	N
Escalofríos	S	N
Dolor de cabeza	S	N
Pérdida o aumento de peso	S	N
Otra opción:	S	N
Oído/Nariz/Garganta/Boca		
Síntomas relacionados con los oídos	S	N
Dolor de garganta	S	N
Problemas de los senos nasales	S	N
Otra opción:	S	N
Hematológico/Linfático		
Ganglios inflamados	S	N
Propensión a los hematomas	S	N
Otra opción:	S	N
Cardíaco		
Dolores en el pecho	S	N
Latidos cardíacos irregulares	S	N
Otra opción:	S	N
Respiratorio		
Sibilancia	S	N
Tos frecuente	S	N
Dificultad para respirar	S	N
Otra opción:	S	N
Gastrointestinal		
Dolor abdominal	S	N
Náuseas/vómitos	S	N
Heces negras o con sangre	S	N
Diarrea	S	N
Otra opción:	S	N

Genitourinario		
Dolor al orinar	S	N
Incontinencia urinaria	S	N
Orina con sangre	S	N
Otra opción:	S	N
Piel		
Erupción cutánea	S	N
Cambios en lunares	S	N
Otra opción:	S	N
Ginecológico		
Dolor pélvico	S	N
Menstruaciones irregulares	S	N
Menstruaciones dolorosas	S	N
Flujo vaginal	S	N
Otra opción:	S	N
Locomotor		
Dolor en las articulaciones	S	N
Dolor en el cuello	S	N
Dolor de espalda	S	N
Otra opción:	S	N
Endocrino		
Sed excesiva	S	N
Demasiado calor/frío	S	N
Cansancio/debilidad	S	N
Otra opción:	S	N
Psicológico		
¿Tiene sentimientos de depresión?	S	N
¿Ha pensado en suicidarse?	S	N
¿Tiene problemas para dormir?	S	N
Otra opción:	S	N

Explique cualquier respuesta afirmativa.

¿Qué hace para divertirse?

Solo para uso del médico: (comentarios/notas)

Número de respuesta	Nivel de servicio
0 - 1	1 o 2
2 - 9	3
10 o más	4 o 5

Médico: _____ Fecha: _____