

## Formulario de Admisión de Historial Médico

Por favor, tómese el tiempo para completar este formulario lo más detalladamente posible. Esto nos ayudará a obtener un historial de salud completo y acelerar el tiempo de evaluación en la clínica.

Formulario completado por (si no es el paciente): \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### SALUD MÉDICA Y PREVENTIVA

Nombre del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Nombre del especialista(s) que ve: \_\_\_\_\_

Motivo de su visita de hoy: \_\_\_\_\_

### Fecha del último examen o procedimiento

Si no corresponde, déjelo en blanco

	Fecha
Examen físico completo	
EKG	
Examen de la vista	
Examen de densidad ósea	
Para hombres: Examen de próstata	
Para las mujeres: Prueba de Papanicolaou	
Colonoscopia	
Mamografía	

	Fecha
Vacuna contra el tétanos	
Vacuna contra la influenza	
Vacuna contra el COVID	
Vacuna contra el herpes zóster	
Vacuna antineumocócica	
Prueba cutánea de tuberculosis y reacción	
Vacuna antineumocócica	

**ALERGIAS:** Enumere los medicamentos o alimentos a los que es alérgico y qué reacciones tiene

---



---



---



## ANTECEDENTES DE SALUD FAMILIARES

Relación	Edad si Viviente	Edad en Muerte	Principales problemas de salud	Causa de muerte
PADRE				
MADRE				
ABUELOS PATERNOS				
ABUELOS TERNOS				
HERMANOS				

## HISTORIA GINECOLÓGICA

Menopausia: Edad \_\_\_\_\_ ¿Autoexamen de mamas? \_\_\_Sí \_\_\_No

# de embarazos \_\_\_\_\_ # de nacidos vivos \_\_\_\_\_

Último período menstrual: \_\_\_\_\_ ¿Menstruaciones abundantes o normales? \_\_\_\_\_

¿Períodos regulares o irregulares? Si es irregular, sírvase dar explicaciones:

\_\_\_\_\_

¿Métodos anticonceptivos? \_\_\_\_\_

¿Complicaciones del embarazo? En caso afirmativo, sírvase dar más detalles:

\_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES MÉDICOS

Marque las Casillas correspondientes si alguna vez le han diagnosticado alguno de los siguientes:

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Neumonía                 | <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Anemia                             | <input type="checkbox"/> Asma/enfisema   |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis               | <input type="checkbox"/> Infarto           | <input type="checkbox"/> Hepatitis                          | <input type="checkbox"/> Ritmo irregular   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                   | <input type="checkbox"/> TDA/TDAH          | <input type="checkbox"/> Tiroides                           | <input type="checkbox"/> Alta presión  |
| <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales      | <input type="checkbox"/> Alcoholismo       | <input type="checkbox"/> Gota                               | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal   |
| <input type="checkbox"/> Cálculos/piedras renales | <input type="checkbox"/> Convulsiones      | <input type="checkbox"/> Trazos                             | <input type="checkbox"/> Artritis  |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                 | <input type="checkbox"/> Cataratas         | <input type="checkbox"/> Glaucoma                           | <input type="checkbox"/> Parkinson   |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre       | <input type="checkbox"/> Colesterol alto   | <input type="checkbox"/> Pancreatitis                       | <input type="checkbox"/> Migraña   |
| <input type="checkbox"/> Hernias                  | <input type="checkbox"/> Diverticulosis    | <input type="checkbox"/> Enfermedades sexuales transmitidas |  |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda         | <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca             | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiovascular (Carótida, periférica, coronaria) |
| <input type="checkbox"/> Depresión                | <input type="checkbox"/> Cálculos bilares  | <input type="checkbox"/> Marcapasos                         | <input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño                                 |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis             | <input type="checkbox"/> Reumatismo        | <input type="checkbox"/> Incontinencia                      | <input type="checkbox"/> Insomnio  |

**Si se marcó alguna casilla, describa a continuación cualquier cosa relacionada con su historial médico que crea que deberíamos saber:**

---

---

---

---