

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Expediente# _____

Historial Médico para Paciente Nuevo

Este formulario nos permite conocerla(o) mejor y saber cómo podemos ayudarla. No todas las preguntas son importantes para todos, pero entre más pueda contestar, más le podremos ayudar. Si hay alguna pregunta que le hace sentir incómoda(o), no la conteste y discútalalo durante su visita. Gracias.

Necesita ayuda con esta forma? Sí No

Si respondió sí, por favor pare y hable con un miembro de Lyon-Martin.

Persona llenando esta forma (que no es el paciente): _____

Nombre

Relación al paciente

Razón por su visita hoy: Examen rutina Algo me molesta / tengo algo en específico que discutir

para uso de oficina solamente

¿Qué problemas médicos tiene o ha tenido en el pasado?

Ninguno

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Depresión o ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Enfermedad de ceno |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Problemas de hígado | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Pancreatitis | <input type="checkbox"/> COPD o Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA |
| <input type="checkbox"/> Adicción a: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | |

¿Cuáles operaciones ha tenido en el pasado?

Ninguno

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apendicetomía | <input type="checkbox"/> Implantes de seno |
| <input type="checkbox"/> Sacar las amígdalas | <input type="checkbox"/> Reducción de senos |
| <input type="checkbox"/> Extraer la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Biopsia del seno |
| <input type="checkbox"/> Reparación de Hernia | <input type="checkbox"/> Sacar una bolita del seno |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Reconstrucción de pecho |
| <input type="checkbox"/> Ovariectomía | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Con excepción de cirugía o parto, ha pasado Ud. la noche en el hospital?

Sí

No

¿Alguien de su familia ha sufrido de lo siguiente?

Ninguno

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad de sangre |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Cáncer de pecho |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Cáncer de colon |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer | <input type="checkbox"/> Cáncer de ovario |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Es usted alérgica(o) a:

- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| medicaciones | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| comidas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| animales/insectos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

¿Qué medicamentos (recetados /sin receta), vitaminas, suplementos y/o hierbas toma regular mente? Ninguno

Nombre	Dosis	¿Cuándo lo toma?	¿Para qué es?

¿Tienen problemas recordando tomar sus medicinas a menudo? Sí No

¿Alguna vez ha tenido un período? insegura/o Sí No
(saltar a la siguiente sección)

¿Qué edad tenía la primera vez que tuvo su periodo? _____

¿Cuál fue la fecha en que comenzó su último período normal? _____

¿Cómo son sus periodos?

Me llegan cada _____ días.

Duran por _____ días.

En mis días más pesados , yo uso _____ toallas sanitarias / tampones.

Tengo calambres con mi periodo: Sí No

En caso afirmativo, qué tan grave en escala de 1 (bajo) a 10 (alto)? _____

¿Ha pasado por la menopausia? insegura Sí No
(saltar a la siguiente sección)

¿A qué edad? _____

¿Ha sangrado desde entonces? Si No

¿Alguna vez ha tomado reemplazo hormonal? Sí No

¿Actualmente toma reemplazo hormonal? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué toma?

Estrógeno/progesterona Sólo Estrógeno

Testosterona Otro: _____

¿Tiene algún síntoma de la menopausia? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuáles? Sofocos Cambios de humor

Sequedad vaginal Insomnio

otros: _____

¿Cuándo fue su última vacuna:	fecha
VPH (Papiloma humano)	
Tétanos	
Hepatitis A	
Hepatitis B	
Neumonía	
Varicela	
Herpes	

¿Ha recibido las vacunas de la infancia? No No estoy seguro Sí

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Expediente# _____

para uso de oficina solamente

¿Cuándo fue la última vez que tuvo un examen de tuberculosis (TB)? _____

¿Has tenido un resultado positivo para la TB? Sí No

En caso de si, completo ≥ 6 meses de tratamiento preventivo? No Sí

¿Si la respuesta es sí, cuáles de los siguientes síntomas tiene? Ninguno

- tos > 3 semanas
- pérdida de peso inexplicable
- la tos con sangre
- sudores nocturnos

¿Si no, ha tenido contacto con personas con enfermedad TB de los pulmones? Sí No

¿Nació en Asia, África, Latino América, o Europa Oriental? Sí No

¿Ha pasado más de 2 semanas en Asia, África, Latino América, o Europa Oriental en los últimos 2 años? Sí No

¿Ha sido encarcelado en los últimos 5 años? Sí No

¿Trabaja con personas que usen drogas, son trabajadores migratorios, o están sin hogar? Sí No

¿Es un trabajador de la asistencia médica? Sí No

Cuándo fue su último:	Fecha	Resultado	
Prueba de VIH			<input type="checkbox"/> Insegura/o <input type="checkbox"/> nunca
Prueba de infecciones sexuales			<input type="checkbox"/> insegura/o <input type="checkbox"/> nunca
Hepatitis C			<input type="checkbox"/> Insegura/o <input type="checkbox"/> nunca
Prueba de densidad del hueso			<input type="checkbox"/> insegura/o <input type="checkbox"/> nunca
Prueba de Colesterol			<input type="checkbox"/> insegura/o <input type="checkbox"/> nunca

Cuándo fue su prueba:	Fecha	Resultado	
Papanicolaou			<input type="checkbox"/> insegura/o <input type="checkbox"/> nunca
¿Fue anormal?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> insegura/o <input type="checkbox"/> nunca
Citología anal			<input type="checkbox"/> insegura/o <input type="checkbox"/> nunca
¿Fue anormal?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> insegura/o <input type="checkbox"/> nunca
Mamografía			<input type="checkbox"/> insegura/o <input type="checkbox"/> nunca
¿Fue anormal?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> insegura/o <input type="checkbox"/> nunca
Cáncer de colon			<input type="checkbox"/> insegura/o <input type="checkbox"/> nunca
¿Fue anormal?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> insegura/o <input type="checkbox"/> nunca
Cuales exámenes ha tenido:			<input type="checkbox"/> SOH <input type="checkbox"/> PIF <input type="checkbox"/> Colonoscopia <input type="checkbox"/> Otro

¿Cuándo fue su última visita al dentista? _____

¿En el último año, con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas?

- Diario o casi a diario
- Menos que mensualmente
- Semanal
- Jamás
- Mensual

¿En el último año, con qué frecuencia ha usado una droga ilegal o utiliza un medicamento de prescripción por razones no médicas?

- Diario o casi a diario
- Menos que mensualmente
- Semanal
- Jamás
- Mensual

¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con otra persona? Sí No (saltar a la siguiente sección)

En el curso de su vida sexual, su pareja(s) han sido: (marque todas las que apliquen)

- mujer transgenero FTM genderqueer
 hombre transgenero MTF otro(a): _____

Actualmente su pareja(s) sexual es/son: (marque todas las que apliquen) ninguno

- mujer transgenero FTM genderqueer
 hombre transgenero MTF otro(a): _____

¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales con otra persona? _____

En el último año, ¿cuántas parejas sexual diferentes ha tenido? _____

¿Actualmente, cuantas parejas sexuales tiene? _____

¿Sólo tienen relaciones sexuales entre sí? No Sí

¿Practican sexo seguro? Nunca A veces Nunca

¿Cree que usted o su pareja(s) sexual tiene una infección de transmisión sexual en este momento? Sí No

¿Está teniendo dificultades con su vida sexual? Sí No

¿Quiere hablar de esto hoy? Sí No

¿Cuáles enfermedades de transmisión sexual ha tenido Ud.? Ninguno

- Gonorrea Herpes oral
 Clamidia Herpes genital
 Enfermedad inflamatoria pélvica Herpes a través de un análisis de sangre
 Sífilis Verrugas genitales
 Tricomonas Otro: _____

¿Alguna vez ha estado embarazada? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuántas veces ha estado embarazada? _____

¿Cuántos abortos? _____ ¿Cuántos nacimientos prematuros? _____

¿Cuántos abortos involuntarios? _____ ¿Cuántos nacimientos a término? _____

¿Cuántos hijos vivos tiene usted ahora? _____

¿Está pensando en quedar embarazada? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Usted o su pareja(s) utilizan algún anti-conceptivo? No Sí
En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____ No se necesita

¿Está satisfecha con este método? No Sí

¿Podría usted o su pareja (s) estar embarazada hoy? Sí No

¿Qué haría usted si usted o su pareja quedaran embarazados? N/A

¿Alguna vez ha sufrido de maltratos por patadas, bofetadas, maltratos físicos sin consentimiento por una pareja íntima? Sí No

¿Si la respuesta es sí, cuando paso? _____

¿Desea discutir esto hoy? Sí No

¿Alguna vez ha sido forzada a tener relaciones sexuales contra su voluntad? Sí No

¿Si la respuesta es sí, cuando paso? _____

¿Desea discutir esto hoy? Sí No