

## Formulario de Antecedentes Médicos/Spanish New Patient

**SI USTED** ha tenido alguno de los siguientes, enciérrelo en un círculo:

ADD/ADHD, anemia, alergias/fiebre del heno, asma, artritis, ansiedad/depresión, alcoholismo, coágulos sanguíneos, cáncer, diabetes tipo 1 o 2, fracturas, enfermedad ginecológica, presión arterial alta, colesterol alto, ataque cardíaco, enfermedad renal, enfermedad del hígado, enfermedad neurológica, osteopenia/osteoporosis, enfermedad respiratoria, enfermedad de la piel, enfermedad estomacal/del colon, derrame cerebral, trastorno convulsivo, trastorno de la tiroides, enfermedades de transmisión sexual, otros:

**SI ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA** ha tenido alguno de los siguientes, enciérrelo en un círculo:

ADD/ADHD, anemia, alergias/fiebre del heno, asma, artritis, ansiedad/depresión, alcoholismo, coágulos sanguíneos, cáncer, diabetes tipo 1 o 2, fracturas, enfermedad ginecológica, presión arterial alta, colesterol alto, ataque cardíaco, enfermedad renal, enfermedad del hígado, enfermedad neurológica, osteopenia/osteoporosis, enfermedad respiratoria, enfermedad de la piel, enfermedad estomacal/del colon, derrame cerebral, trastorno convulsivo, trastorno de la tiroides, enfermedades de transmisión sexual, otros:

Indique cualquier **CIRUGÍA** que haya tenido desde su última visita e incluya el mes y año:

---

Indique cualquier **HOSPITALIZACIÓN** que haya tenido desde su última visita e incluya el mes y año:

---

### CUESTIONARIO SOBRE EL HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Su estilo de vida afecta su salud. Queremos brindarle la mejor atención médica posible. Es por eso que vamos a hacerle preguntas de índole personal. Cuanto más sepamos de usted, mejor podremos atenderlo. Las siguientes preguntas se basan en lo que los expertos en la atención médica nos recomiendan preguntar a nuestros pacientes.

#### Evaluación sobre depresión

En las últimas 2 semanas, ¿ha tenido poco o ningún interés en realizar las actividades que normalmente disfruta? (*Por ejemplo: estar con sus amigos o practicar deportes*).

Sí.  No.

En las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido triste, deprimido/a o desesperanzado/a?

Sí.  No.

#### Orientación sexual/identidad de género

Usted se considera:

Prefiero no responder.  Heterosexual.

Bisexual.  Otro: \_\_\_\_\_.

Lesbiana o gay (homosexual).  No lo sé.

Usted es:  Prefiero no responder.  Otro: \_\_\_\_\_.

Hombre  Mujer.  Hombre transgénero (mujer a hombre)  Mujer transgénero (hombre a mujer).

¿Eres sexualmente activo(a)?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, tienes  una pareja  múltiples parejas

## **Fumar y consumo de drogas recreativas y alcohol**

1. ¿Usted fuma?  
 No  Sí, fumo \_\_\_\_\_ paquetes al día.  
 Fumaba antes y dejó de fumar \_\_\_\_\_ (escriba la fecha en que dejó de fumar).
  2. ¿Alguien fuma cigarrillos u otros productos de tabaco donde usted vive?  Sí  No
  3. ¿Usted mastica tabaco o consume rapé?  Sí  No
  4. ¿Bebe alcohol?  
 Soy alcohólico en recuperación  Tomo 1-2 bebidas alcohólicas al mes  
 Tomo 1-2 bebidas alcohólicas a la semana  Tomo 1-2 bebidas alcohólicas cada noche  
 Tomo más de 2 bebidas alcohólicas al día  Me emborracho los fines de semana  
 No, no consumo bebidas alcohólicas
  5. ¿Consume drogas recreativas?  
 Sí, consumo \_\_\_\_\_ diariamente.  Sí, algunas veces consumo \_\_\_\_\_  
 Consumía drogas anteriormente. En el pasado yo consumía \_\_\_\_\_  
 Nunca he consumido drogas recreativas
  6. ¿Hace ejercicio? \_\_\_\_\_ ¿Qué actividades realiza y con qué frecuencia en la semana?  
\_\_\_\_\_
  7. ¿Consume algún producto con cafeína? \_\_\_\_\_ Si consume, ¿cuál y qué cantidad al día?
  8. Esta: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Otro \_\_\_\_\_
  9. ¿Vive solo(a)?  Sí  No  
Si la respuesta es No, indique con quien vive: Esposo(a) Pareja Familia  
Otro \_\_\_\_\_
  10. ¿Tiene trabajo?  Sí  No  
Si la respuesta es Sí, ¿En que trabajas? \_\_\_\_\_
  11. ¿Está expuesto a materiales peligrosos en su trabajo?  Sí  No  
Si la respuesta es Sí, ¿Que materiales? Metales Amianto Agrícola/Pesticidas
  12. Por favor indique el grado más alto que completo en la escuela. \_\_\_\_\_
  13. ¿Cuál es su religión? Católico Bautista Metodista Testigo de Jehová  
Adventista del Séptimo Día Otro \_\_\_\_\_
  14. ¿En el último año ha viajado fuera de los Estados Unidos?  Sí  No
  15. ¿Ha sido encarcelado?  Sí  No
- ¿Fecha de su última visita dental? \_\_\_\_\_ Por favor indica el proveedor? \_\_\_\_\_
- ¿Fecha del último examen físico completo: \_\_\_\_\_
- ¿Fecha del último análisis de sangre: \_\_\_\_\_
- ¿Fecha de la última colonoscopia: \_\_\_\_\_
- ¿Fecha de la última vacuna contra el tétanos: \_\_\_\_\_

## **Para mujeres:**

- ¿Fecha del último examen de Papanicolaou: \_\_\_\_\_
- ¿Antecedentes de examen de Papanicolaou anormal? (anote las fechas) \_\_\_\_\_
- ¿Fecha del último: Mamografía: \_\_\_\_\_
- ¿Fecha de la última medición de densidad de huesos: \_\_\_\_\_

Detalle cualquier **MEDICAMENTO** que esté tomando actualmente, recetado o de venta libre (use la parte de atrás de la página si es necesario e indíquelo para referencia): Alguna alergia a medicamentos o alimentos (detalle las reacciones):

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia

**Alergias:**

---

**Farmacia preferida:**

---