

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿A quien podemos contactar en caso de emergencia?

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje con esa persona o en una contestadora?  Si  No

**Medicamentos**

¿Es usted alérgico a algún medicamento o comida? \_\_\_\_\_

¿Que medicinas toma ahora? \_\_\_\_\_

**Historia Medica**

Indique con signo mas (+) si ha tenido unos de esto problemas alguna vez. Si nunca ha tenido uno de estos, indique con un signo de menos (-).

Debajo familia en la ultima columna, indique si su padre (P), madre (M), o hermanos/hermanas (H) han tenido uno de estos problemas. Explique los problemas en el espacio siguiente.

Problema	Ud.	Problema	Ud.	Familia
Cirugía		Diabetes		
Convulsiones/Epilepsia		Depresión/Enfermedade Mental		
Frecuente o fuerte dolores de cabeza		Enfermedad de sangre genéticos		
Problemas de oido,ojo,nariz o garganta		Colesterol Alto		
Bronquitis, pulmonía o enfisema		Alta presión de la sangre		
Anemia o enfermedad de la sangre		Enfermedad/Ataque del corazón		
Varices/Flebitis, Embolios		Derrame cerebral		
Hepatitis/Enfermedad de hígado		Cáncer		
Enfermedad de vesicular biliar		Defectos congénitales/retardación		
Enfermedades del estomago o intestinos		Tuberculosis o prueba positive de TB		
Enfermedades del riñón o vías urinarias		Otros problemas		
Infecciones transmitidas sexualmente		Otros problemas		
Prueba papanicolaou/Citologia anormal		Otros problemas		

Detalles/Comentarios:

---



---

**Inmunizaciones**

¿En que ano (mas o menos) tuvo su ultima vacuna de tétano? \_\_\_\_\_  No se

¿Ha tenido la vacuna triple viral (sarampión, sarampión alemán, paperas)?  Si, en \_\_\_\_\_  No  No se

**Historia Social y Riesgos a la Salud**

¿Es Ud.? :  Casado(a)  Soltero(a)  Vive con su pareja  Divorciado(a)/Separado(a)  Viudo(a)

¿Fuma Ud.?  No  Si ¿Toma Ud.?  No  Si En el pasado o ahorita.

¿Fue/esta abusado(a), golpeado(a) o maltratado(a) por su pareja, esposo(a) o un miembro de su familia?  No  Si

¿A que edad tuvo su primera relación sexual? \_\_\_\_\_

¿Esta usando o hacienda algo ahorita para no tener familia (incluyendo la vacetomia o ligar de los tubos)?  No  Si

¿Cual método? \_\_\_\_\_

**Para las mujeres:** ¿Cuantas veces ha estado embarazada? \_\_\_\_\_ ¿Cuantos niños están vivos? \_\_\_\_\_

¿Cuantos malpartos o abortos? \_\_\_\_\_ ¿Tuvo niños que pesan mas que 9 libras al nacer?  No  Si

¿Cuál problemas/complicaciones tuvo en sus embarazo(s)? \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_