

HISTORIA CLÍNICA PERSONAL ANUAL

Nombre: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ Fecha: _____

Medicamentos actuales y dosis (incluir medicamentos de venta libre como Tylenol y Motrin)	Medicamentos	Dosis/Frecuencia	Medicamentos	Dosis/Frecuencia
<input type="checkbox"/> Ningún medicamento actual				
¿Vitaminas/Suplementos a base de hierbas?				
¿Tiene alergia a algún medicamento? ¿Qué ocurre cuando toma este medicamento?	Medicamentos	¿Qué ocurre?	Medicamentos	¿Qué ocurre?
<input type="checkbox"/> Se desconocen alergias				

Fecha del último refuerzo de la vacuna contra el tétanos _____ Menos de 5 años Menos de 10 años No sabe Vigente a la fecha (para niños)

Historia clínica anterior: ¿Tuvo o tiene algún problema médico? Sí No

Si la respuesta es sí, marque todos los casilleros que correspondan.

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza / Migraña | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> EPOC (enfisema) | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Enfermedad ulcerosa estomacal
(Otro: Use 397825006) |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria | (Use Infarto agudo de miocardio) | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (CVA) |
| <input type="checkbox"/> Artritis | (Otro: Use 34000006) | <input type="checkbox"/> Valvulopatía | <input type="checkbox"/> TB/PPD con resultado positivo
(Otro: Use 268376005) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hepatitis/Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las tiroides |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación atrial | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | |
| <input type="checkbox"/> Hipertrofia prostática benigna
(Hipertrofia prostática) | <input type="checkbox"/> Lípidos elevados
(Colesterol alto/Triglicéridos) | (Otro: Use 50711007) | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Coágulos | <input type="checkbox"/> Enfermedad en la vesícula | <input type="checkbox"/> Hipertensión (PA alta) | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> GERD (reflujo ácido) | <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable | |
| | | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | |

Historia clínica anterior: ¿Alguna vez tuvo alguna cirugía? Sí No Si la respuesta es sí, marque todos los casilleros que correspondan.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Angioplastia | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia |
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera |
| <input type="checkbox"/> Artroscopia | <input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de espalda | <input type="checkbox"/> LASIK |
| <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre | <input type="checkbox"/> Cirugía ORIF para reparación de fracturas |
| <input type="checkbox"/> CABG (Bypass coronario) | <input type="checkbox"/> Resección del intestino delgado |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco | <input type="checkbox"/> Tiroidectomía |
| <input type="checkbox"/> Liberación del túnel carpiano | <input type="checkbox"/> Tonsilectomía |
| <input type="checkbox"/> Extracción de cataratas | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Colecistectomía
(Extirpación de la vesícula) | Solo hombres |
| <input type="checkbox"/> Colectomía/Resección del colon | <input type="checkbox"/> Biopsia de próstata |
| <input type="checkbox"/> Bypass gástrico | <input type="checkbox"/> Resección de la próstata (TURP) |
| | <input type="checkbox"/> Vasectomía |

Solo mujeres: Historia quirúrgica y clínica:

Fecha de la última menstruación: ____/____/____

Sin menstruación aún

Etapa de menstruación finalizada

¿Está embarazada? Sí No

¿Está tratando de quedar embarazada? Sí No

¿Está amantando? Sí No

Ligadura de trompas bilat.

Aumento de mama

Reducción de mama

Cesárea

(Otro: Use 200144004)

D y C

Histerectomía (parcial)

Histerectomía (total)

Histerectomía vaginal

Mastectomía

Extirpación de fibroides uterinos

(Otro: Use 95315005)

Sus antecedentes familiares: ¿Alguien en su familia directa (madre/padre/hermanos/hermanas) sufrió de lo siguiente; marque todos los casilleros que correspondan.

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco (enfermedad coronaria) | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Antecedentes familiares no relevantes |
| <input type="checkbox"/> Tipo de cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes | |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (CVA) | <input type="checkbox"/> Hipertensión | |

Hábitos sociales: Uso de tabaco Si la respuesta es sí, Todos los días Fumador empedernido Algunos días Fumador ocasional
Uso de alcohol Si la respuesta es no, Nunca fumó Solía fumar
 Sí No

Médico de cabecera: _____

Firma del paciente

Fecha