



REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
RAZA _____ ETNIA _____

ALERGIAS Ninguna (Liste las alergias y qué le sucede cuando las sufre)
Alergia a medicamentos: _____ Alergia a alimentos: _____

Otras alergias: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES Ninguno Se listan a continuación Ver copia de lista adjunta

HISTORIA CLÍNICA PREVIA (tilde todos los que apliquen)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Reparación de fractura, _____ | <input type="checkbox"/> Cálculos renales |
| <input type="checkbox"/> Terapia anticoagulante | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Litiasis biliar, recurrente | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos | <input type="checkbox"/> ERGE (reflujo gastroesofágico) | <input type="checkbox"/> Úlcera péptica |
| <input type="checkbox"/> Cáncer, _____ | <input type="checkbox"/> Cefaleas, migraña/tensión | <input type="checkbox"/> Enfermedades psicológicas |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea |
| <input type="checkbox"/> EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) | <input type="checkbox"/> Hemofilia, A o B | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Diabetes, Tipo I o II | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> ITU (infección urinaria), recurrente |
| <input type="checkbox"/> Agrandamiento de la próstata, Benigno | <input type="checkbox"/> Anemia por deficiencia de hierro | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca | _____ |

SALUD DE LA MUJER: Solo mujeres (tilde todos los que apliquen)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Menopausia, a la edad de ____ | <input type="checkbox"/> Historial de Pap anormales | <input type="checkbox"/> Fecha última menstruación _____ |
| <input type="checkbox"/> Cant.de embarazos _____ | <input type="checkbox"/> Método anticonceptivo _____ | <input type="checkbox"/> Edad en que menstruó por primera vez _____ |
| <input type="checkbox"/> Cant.de nacimientos _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Última mamografía _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Último Pap _____ | | |

INMUNIZACIONES (compruebe si ha recibido vacunas y complete con fecha de última aplicación)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gripe _____ | <input type="checkbox"/> Triple vírica (MMR) _____ | <input type="checkbox"/> Tétano _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A _____ | <input type="checkbox"/> Vacunas contra el neumococo _____ | <input type="checkbox"/> Varicela _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B _____ | <input type="checkbox"/> Herpes _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

HOSPITALIZACIONES PREVIAS (Indicar fecha)

- | | | |
|--------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) |
| <input type="checkbox"/> Parto | | <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria |

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TVP (trombosis venosa profunda) | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Neumonía | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | |

OTROS MÉDICOS (Liste todos sus médicos, optometrista, podólogo, etc)

Médico de atención primaria: _____

Otros (especialistas): _____

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS: ¿Tiene alguna de las siguientes opciones en el archivo?

- Poder para atención de la salud Última voluntad en cuando a la prolongación artificial de la vida
 Poder Orden de no reanimar (DNR)

HISTORIA QUIRÚRGICA: (indique fecha y detalles)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Extirpación de vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Reparación de manguito rotador |
| <input type="checkbox"/> Artroscopía, _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de corazón, _____ | <input type="checkbox"/> Amígdala/adenoidectomía |
| <input type="checkbox"/> Biopsia, _____ | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia | <input type="checkbox"/> Ligado de trompas |
| <input type="checkbox"/> Liberación del túnel carpiano | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía urinaria, _____ |
| <input type="checkbox"/> Extirpación de cataratas | <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación, _____ | <input type="checkbox"/> Vasectomía |
| <input type="checkbox"/> Circuncisión | <input type="checkbox"/> Trompa de Eustaquio (oídos) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Prostatectomía | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dilatación y curetaje | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Reparación de fractura, _____ | | |

HISTORIA FAMILIAR

(Indique el miembro de la familia: M=madre; P=padre; H=hermano/a; HI =hijo; AA=abuela; AO=abuelo)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo: | <input type="checkbox"/> Agrandamiento de próstata: | <input type="checkbox"/> Osteoporosis: |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer: | <input type="checkbox"/> Enfisema: | <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica, |
| <input type="checkbox"/> Asma: | <input type="checkbox"/> Litiasis biliar, recurrente | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tendencia al sangrado: | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco: | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea: |
| <input type="checkbox"/> Cáncer, _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca: | <input type="checkbox"/> Convulsiones: |
| <input type="checkbox"/> Dependencia química: | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta: | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular: |
| <input type="checkbox"/> EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides: |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal: | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes, Tipo I o II | <input type="checkbox"/> Obesidad: | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Osteoartritis: | |

HISTORIA SOCIAL:

Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Casado en segundas nupcias Cantidad de hijos: _____

Ocupación: _____ Lugar de empleo: _____

- Tiempo completo Tiempo parcial Desempleado Ama de casa Estudiante Retirado
 Discapacitado

Pasatiempos y actividades: _____

TABACO/ALCOHOL/SUPLEMENTOS

¿Consumo tabaco? No Cigarrillos Cigarros/puros Tabaco de mascar Otro: _____

¿Cuántos? _____ ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Por cuánto tiempo ha consumido tabaco? _____

¿Consumo alcohol? No Cerveza Vino Licor ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Ingesta de cafeína: Café Té Soda Chocolate ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Vitaminas o suplementos dietarios: Tipo: _____ ¿Con qué frecuencia? _____

HISTORIA DE ABUSO DE DROGAS:

No Otra: _____

HISTORIA DE SALUD MENTAL:

No Otra: _____

HISTORIA DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS:

No Otra: _____

COMENTARIOS, PREGUNTAS O INQUIETUDES ADICIONALES:

Fecha: _____ Firma: _____