

## 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"/> Edad en que menstruó por primera vez _____ |
| <input type="checkbox"/> Cant.de embarazos _____       | <input type="checkbox"/> Método anticonceptivo _____      |   |
| <input type="checkbox"/> Cant.de nacimientos _____     | <input type="checkbox"/> Fecha última menstruación _____  |   |
| <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"/> Herpes _____   |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A _____ | <input type="checkbox"/> Vacunas contra el neumococo _____ | <input type="checkbox"/> Tétano _____   |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B _____ |  | <input type="checkbox"/> Varicela _____ |
|  |  | <input type="checkbox"/> Otro _____     |

### HOSPITALIZACIONES PREVIAS (Indicar fecha)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria            | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Parto  | <input type="checkbox"/> TVP (trombosis venosa profunda) | <input type="checkbox"/> Otro: _____               |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva              | <input type="checkbox"/> Diabetes                        | _____  |
| <input type="checkbox"/> EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco                 |  |
|   | <input type="checkbox"/> Neumonía                        |  |

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

**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"/> Artritis reumatoidea:          |
| <input type="checkbox"/> Tendencia al sangrado:                         | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco:            | <input type="checkbox"/> Convulsiones:                  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer, _____                                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca:        | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular:     |
| <input type="checkbox"/> Dependencia química:                           | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta:      | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides:     |
| <input type="checkbox"/> EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) | <input type="checkbox"/> Colesterol alto             | <input type="checkbox"/> Otro: _____                    |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria                           | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal:           | _____   |
| <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**

¿Consume tabaco?     No     Cigarrillos     Cigarros/puros     Tabaco de mascar     Otro: \_\_\_\_\_  
¿Cuántos? \_\_\_\_    ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_    ¿Por cuánto tiempo ha consumido tabaco? \_\_\_\_\_  
¿Consume 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: \_\_\_\_\_