



Height: Weight:  
BP: Temp:  
Resp: Oxy:  
Pain: Pulse:  
Age: LMP:

## CUESTIONARIO HISTORIA DE SALUD

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

Fecha: \_\_\_\_\_

*Preguntas contenidas son estrictamente confidenciales y pasarán a formar parte de su historial médico.*

¿Ha dado positivo por COVID-19?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, cuándo?	
Vacuna de COVID -19?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Una <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Booster <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Una <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Booster <input type="checkbox"/> Johnson and Johnson <input type="checkbox"/> Fecha:

<b>Alergias a medicamentos:</b>	
Nombre del medicamento	Reacciones que tuvo

<b>Liste sus medicamentos actuales, recetados y de venta libre.</b>		
Vitaminas, Inhaladores, Tylenol, Ibuprofen, Advil, Aleve... (Continúe hacia atrás si se queda sin espacio.)		
Nombre del medicamento	Dosis	Cuntas veces al dia?

<b>Problemas medicos diagnosticado:</b>		
<input type="checkbox"/> Presion Alta	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón
<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Apoplejia	<input type="checkbox"/> Drogadicción
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Tiroides	Otro:

<b>Cirugías:</b> (incluyendo cesáreas y procedimientos cosméticos)		
Cirugía	Ano	Hospital

<b>Otras Hospitalizaciones:</b>		
Ano	Razon	Hospital

<b>Enfermedad infantil:</b>	<input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Otro:
-----------------------------	---

<b>Vacunas y Fechas:</b>	<input type="checkbox"/> Tetano	<input type="checkbox"/> Pneumonia
	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Varicela
	<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> Paperas, Sarampión, Rubeola

### HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR

	Edad	Problemas de salud significativos	Hermanos	Edad	Problemas de salud significativos
<b>Madre</b>			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		
<b>Padre</b>			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		
<b>Abuela Materna</b>			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		
<b>Abuelo Materna</b>			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		
<b>Abuela Paterna</b>			<b>Niños</b>		
<b>Abuelo Paterna</b>			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		

<b>Hembras</b>	
<b>¿Último Papanicolaou?</b>	Fecha: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal, ¿por qué?
<b>¿Última mamografía?</b>	Fecha: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal, ¿por qué?
<b>Embarazos totales:</b>	<b>Total que viven:</b> <input type="checkbox"/> Abortos espontáneos: <input type="checkbox"/> Abortos:
<b>Complicaciones durante el embarazo?</b>	

<b>¿Su último examen físico con análisis de sangre?</b>
---

<b>¿Que tipo de trabajo hace?</b>
-----------------------------------

<b>¿Consumo cafeína?</b> ¿Cuánto y con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Refrescos <input type="checkbox"/> Bebidas Energéticas <input type="checkbox"/> Té
<b>¿Consumo alcohol?</b> ¿Cuánto y con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<b>¿Utiliza el tabaco?</b> ¿Cuánto y con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Fumadora actual <input type="checkbox"/> Nunca fumado <input type="checkbox"/> Ex fumador
<b>¿Utiliza Drogas?</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Heroína

<b>Razón de su visita hoy:</b>

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_