



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.

ESTADO FUMADOR: Fumadora actual Nunca fumado Ex fumador

Alergias a medicamentos: Ninguno

Nombre del medicamento	Reacciones que tuvo

Liste sus medicamentos actuales, recetados y de venta libre, como vitaminas e inhaladores. Ninguno
(Continúe hacia atrás si se queda sin espacio.)

Nombre del medicamento	Dosis	Cuentas veces al día?

Problemas medicos diagnosticado: Ninguno

<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: _____

Cirugías : (incluyendo cesáreas y procedimientos cosméticos) Ninguno

Cirugía	Ano	Hospital

Otras Hospitalizaciones: Ninguno

Ano	Razon	Hospital

Enfermedad infantil: Sarampión Paperas Rubéola Varicela Fiebre reumática Polio
 Otro: _____

Vacunas y Fechas:	<input type="checkbox"/> Tetano	<input type="checkbox"/> Pheumonia
	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Varicela
	<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> Paperas, Sarampión, Rubeola
Vacuna de COVID -19?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Una <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Una <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Johnson and Johnson Fecha:
¿Ha dado positivo por COVID-19?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, cuándo?	

HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR

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

¿Su último examen físico con análisis de sangre?

Hembras

¿Último Papanicolaou? Fecha: Normal Anormal, ¿por qué?

¿Última mamografía? Fecha: Normal Anormal, ¿por qué?

Embarazos totales:

Abortos o complicaciones durante el embarazo?

¿Que tipo de trabajo hace?

¿Consume cafeína? café, refrescos, té o bebidas energéticas? ¿Cuánto y con qué frecuencia? No Sí

¿Consume alcohol? ¿Cuánto y con qué frecuencia? No Sí

¿Utiliza el tabaco? ¿Cuánto y con qué frecuencia? No Sí

¿Usas algún tipo de droga? ¿Marihuana, cocaína, heroína? No Sí

Razón de su visita hoy:

Yo entiendo que GAP Medical Center da servicios de urgencias y yo soy responsable de tener mi medico primario para servicios preventivos completos.

Nombre: _____

Fecha: _____

(Firma)