



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 Fecha:

Alergias a medicamentos:		<input type="checkbox"/> Ninguno
Nombre del medicamento	Reacciones que tuvo	

Liste sus medicamentos actuales, recetados y de venta libre.			<input type="checkbox"/> Ninguno
Vitaminas, Inhaladores, Tylenol, Ibuprofen, Advil, Aleve... (Continúe hacia atrás si se queda sin espacio.)			
Nombre del medicamento	Dosis	Cuentas veces al día?	

Problemas medicos diagnosticado:			<input type="checkbox"/> 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)			<input type="checkbox"/> Ninguno
Cirugía	Ano	Hospital	

Otras Hospitalizaciones:			<input type="checkbox"/> Ninguno
Ano	Razon	Hospital	

Enfermedad infantil:	<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:
-----------------------------	---

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

HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR

	Edad	Problemas de salud significativos	Hermanos	Edad	Problemas de salud significativos
Madre			<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		

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

¿Su último examen físico con análisis de sangre?

¿Que tipo de trabajo hace?

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

Razón de su visita hoy:

Firma: _____

Fecha: _____