



FAMILY MEDICINE HEALTH CENTER

Nuevo Formulario de Historial del Paciente

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

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Gracias por tomarse el tiempo de completar este formulario. Si ha ingresado alguna de esta información en su Mychart, no necesita volverla a ingresar.

Enumere todos los problemas de salud actuales:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos actuales con dosis y frecuencias (incluya medicamentos de venta libre y remedios naturales):

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Enumere todas las alergias:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Enumere todas las cirugías y años en que ocurrieron:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Historia familiar** (marque todo lo que corresponda):

Relación	Uso de alcohol / drogas	Artritis	Asma	Cancer (¿Tipo?)	Problemas del corazón	Depresión	Diabetes	Colesterol Alto	Hipertensión	Enfermedad Renal	Enfermedad Hepática	Enfermedad Mental	Accidente Cerebrovascular	Problemas de Visión	Otro _____
Madre															
Padre															
Hermana															
Hermano															
Hija															
Hijo															
Tía materna															
Tía paterna															
Tío materno															
Tío paterno															
Abuela materna															
Abuelo por parte de madre															
Abuela paterna															
Abuelo paterno															
Otro															

Soy adoptado       No conozco mi historia familiar

**Hábitos:**

¿Fumas?  Nunca  Anteriormente  Actual      ¿Usa tabaco sin humo o vaporizador?  Sí  No  
 Fecha de abandono: \_\_\_\_\_ Paquete/día: \_\_\_\_\_ Años fumando: \_\_\_\_\_

¿Bebes alcohol?  Nunca  Anteriormente  Actual  
 ¿Con qué frecuencia usted bebe?  Menos de una vez/mes  2-4x/mes  2-3x/semana  Most days  
 Cuántas bebidas toma en un día que está bebiendo: \_\_\_\_\_

¿Usas drogas?  Nunca  Anteriormente  Actual      ¿Alguna vez se inyectó drogas?  Sí  No  
 Tipo de droga(s) utilizadas:  
 Benzodiacepinas  Éxtasis  Cocaína  Heroína  Marihuana  Metanfetamina  Opioides

¿Actualmente eres sexualmente activo?  Sí  No en este momento  Nunca  
 ¿Usas tú y tu (s) pareja (s) un método anticonceptivo?  Sí  No  
 En caso afirmativo, encierre en un círculo todos los que correspondan: Condones Parche Píldora  
 Anillo Vaginal Inyección de Depo DIU Nexplanon Espermicida Ligadura de Trompas Vasectomía  
 ¿Qué tipos de pareja tiene?:  Varón  Femenino  Ambos

**Historial de embarazo:**  Esto no se aplica a mí  
 ¿Cuántos embarazos has tenido? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos partos? \_\_\_\_\_