

FECHA

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

M  
 F

EDAD

NUMERO DE REGISTRO MEDICO

FECHA DE NACIMIENTO

ESTADO CIVIL

OCCUPACIÓN

**ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

• Indique si usted o algún miembro de su familia tiene (o alguna vez tuvo) cualquiera de las siguientes condiciones  
• Si un miembro de su familia tuvo una de estas condiciones, indique la relación que esa persona tiene con usted

DESCRIPCIÓN	PERSONAL		FAMILIAR		RELACIÓN	DESCRIPCIÓN	PERSONAL		FAMILIAR		RELACIÓN
	SI	NO	SI	NO			SI	NO	SI	NO	
Problemas auditivos						Colesterol alto					
Enfermedad cardíaca / Problemas circulatorios						Epilepsia o convulsiones					
Alta presión sanguínea						Migrañas					
Accidente cerebro vascular						Artritis o gota					
Asma, enfisema, bronquitis						Depresión / problema nervioso					
Úlceras / problemas digestivos						Diabetes					
Problemas con drogas / alcohol						Hepatitis o problemas hepáticos					
Cáncer: Mamas						Enfermedad de tiroides					
Colon						Apnea del sueño					
Próstata						Anemia / enfermedades de la sangre					
Otro, ¿dónde?						VIH / SIDA / Enfermedades de transmisión sexual					
Cálculos (piedras renales)/quistes en el riñón / insuficiencia renal						Tuberculosis					
Enfermedad de la vesícula biliar						Osteoporosis					

**ANTECEDENTES SOCIALES**

<b>INDICAR USO</b>	Tabaco	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	PAQUETES O LATAS POR DÍA	DURANTE CUÁNTOS AÑOS	FECHA EN QUE LO DEJÓ
	Bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿CUÁNTOS TRAGOS POR SEMANA?		¿CUÁNTOS TRAGOS POR MES?
	Bebidas cafeinadas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	TAZAS DE CAFÉ POR DÍA	GASEOSAS / TAZAS DE TÉ POR DÍA	
NÚMERO TOTAL DE NIÑOS EN EL HOGAR	Antecedentes de maternidad	Nº DE EMBARAZOS	Nº DE ABORTOS NATURALES O PÉRDIDAS DE EMBARAZO	¿TUVO ALGUNA COMPLICACIÓN EN EL EMBARAZO?	

¿Le tiene miedo a alguien que vive en el hogar?  No  Sí

¿Tiene armas en su hogar?  No  Sí

¿Se encuentran en un lugar cerrado con llave?  No  Sí

**HOSPITALIZACIONES / CIRUGÍAS / PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO**

HOSPITALIZACIÓN / CIRUGÍA / PRUEBA DE DIAGNÓSTICO	FECHA	HOSPITALIZACIÓN / CIRUGÍA / PRUEBA DE DIAGNÓSTICO	FECHA

**ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS CON RECETA O DE VENTA LIBRE QUE USTED ESTÉ TOMANDO EN LA ACTUALIDAD, CON SUS RESPECTIVAS DOSIS**

NOMBRE DEL MEDICAMENTO / DOSIS	NOMBRE DEL MEDICAMENTO / DOSIS	NOMBRE DEL MEDICAMENTO / DOSIS

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO?

No  Sí - Enumere

**INMUNIZACIONES**

TIPO DE INMUNIZACIÓN	FECHA	OTRAS INMUNIZACIONES	FECHA
Última contra la neumonía			
Última contra el tétano			
Última contra la gripe (influenza)			
Última prueba de piel para la tuberculosis (TB)			

Si es menor de 18 años, ¿las inmunizaciones están al día?

Sí  No

