

NUEVO RÉCORD DE LA HISTORIA DEL PACIENTE

Tu nombre _____ Fecha de nacimiento _____

La siguiente información es muy importante para su salud. Por favor tome tiempo total y completamente llenar esta información importante. Contamos con usted.

1. IDENTIDAD DE GÉNERO:

- | | | | |
|------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Hombre transexual (mujer a hombre) | <input type="checkbox"/> Mujer transgénero (de hombre a mujer) | <input type="checkbox"/> Ni hombre ni mujer <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Negarse a especificar |
|------------------------------------|--|--|---|

2. CARRERA:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otro Islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Negarse a especificar |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano | <input type="checkbox"/> Asia | | |

3. ORIGEN ÉTNICO:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino | <input type="checkbox"/> Hispano/Latino | <input type="checkbox"/> Negarse a especificar |
|--|---|--|

Si latinos por favor especifique: Mexicano, mexicano americano, Chicano/a Puertorriqueño
 Cubanos Otra _____

4. IDIOMA:

- | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Otra _____ | <input type="checkbox"/> Negarse a especifica |
|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---|

5. ESTADO CIVIL:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Casado | <input type="checkbox"/> Pareja de hecho | <input type="checkbox"/> Separado legalmente | <input type="checkbox"/> Viudo/a |
| <input type="checkbox"/> Se divorciaron | <input type="checkbox"/> Anuló | <input type="checkbox"/> Nunca se casó | <input type="checkbox"/> Negarse a especificar |

6. SITUACIÓN EN EL EMPLEO:

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tiempo completo | <input type="checkbox"/> Retirado | <input type="checkbox"/> Por cuenta propia | <input type="checkbox"/> Negarse a especificar |
| <input type="checkbox"/> Tiempo parcial | <input type="checkbox"/> No empleadas | <input type="checkbox"/> Militar Activo | |

7. MÁS ALTO NIVEL DE EDUCACIÓN:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de Secundaria | <input type="checkbox"/> Grado Profesional | <input type="checkbox"/> Título de licenciatura | <input type="checkbox"/> Doctorado |
| <input type="checkbox"/> Algo de Preparatoria | <input type="checkbox"/> Algo de Universidad | <input type="checkbox"/> Grado de maestría | <input type="checkbox"/> Negarse a especificar |
| <input type="checkbox"/> Bachillerato | <input type="checkbox"/> Grado de asociado | | |

8. VIVIR CON:

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Solos | <input type="checkbox"/> Primo(s) | <input type="checkbox"/> Guarda | <input type="checkbox"/> Padrastro o Madrastra |
| <input type="checkbox"/> Tía(s)/Tío(s) | <input type="checkbox"/> Niño(s) | <input type="checkbox"/> Madre(s) | <input type="checkbox"/> Negarse a especificar |
| <input type="checkbox"/> Pareja | <input type="checkbox"/> Padre(s) | <input type="checkbox"/> Compañero de Cuarto | |
| <input type="checkbox"/> Hermano(s) | <input type="checkbox"/> Abuelo(a)(s) | <input type="checkbox"/> Esposo | |

OFFICE STAFF ONLY

Initial once 1-6 have been entered into patient demographics _____

Place in bin to be scanned

Form Code: I NP Hx

Página 1 of 3

NUEVO RÉCORD DE LA HISTORIA DEL PACIENTE

Tu nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Lista de medicamentos que está tomando medicamentos y dosis, las píldoras anticonceptivas o vitaminas tomar con o sin receta médica. Favor de traer sus envases de medicación actual junto con usted a su cita. _____

Drogas o alergias otros lista de los que es alérgico.

Hospitalizaciones lista enfermedades graves, lesiones u operaciones y año aproximado. EXCLUIR LOS EMBARAZOS NORMALES.

| Año | Grave enfermedad, lesión u operación | Nombre del hospital | Ciudad y estado |
|-------|--------------------------------------|---------------------|-----------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

VACUNAS Compruebe que ha tenido. Nota más reciente año recibido.

Neumonía _____
 La poliomyelitis _____
 Gripe _____
 Tétanos _____
 Rubéola _____
 Otros _____

SALUD DE SU FAMILIA

| | Primer nombre | Año de nacimiento | La salud es: | | Murió a la edad: | Causa de la muerte |
|-----------------|---------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| | | | Buenos | Pobre | | |
| Padre | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| La madre | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Hermanos | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| & | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Hermanas | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Esposo | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Niños | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |

NUEVO RÉCORD DE LA HISTORIA DEL PACIENTE

Tu nombre _____ Fecha de nacimiento _____

ENFERMEDADES Verifique que usted o los miembros de su familia han tenido las siguientes enfermedades o problemas

- | Tú | Tu familia | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer, tumor |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El abuso de drogas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depresion |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Eczema, Urticaria, Erupciones |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de los ojos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades del corazón |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | VIH |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de riñón/vejiga |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad hepática, hepatitis, amarillo, ictericia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad pulmonar, tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Paperas, sarampión, varicela |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad crisis nerviosa y mental |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Phlebitis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rubéola, sarampión alemán |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ictus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Intento de suicidio |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Úlcera en el estómago/duodeno |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sangrado incontrolable |
| | | Otras enfermedades: |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

HISTORIA DE EMBARAZO

Introduzca el número de:
 Tiempos de embarazadas _____
 Nacimientos prematuros..... _____
 Abortos espontáneos _____
 Abortos _____
 Nacidos vivos _____
 Hijos vivos _____

CONSUMO DE TABACO:

Humo Current/Ex/Nunca
 _____ paquetes de _____ anos
 Fecha de dejar de fumar _____
 Chew Current/Ex/Nunca
 Vape Current/Ex/Nunca

CONSUMO DE ALCOHOL:

Sí Cantidad por semana _____
 No
 ¿Siempre abusan del alcohol? Sí / No

USO DE DROGAS:

Sí
 No

A lo mejor de mi conocimiento, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina del médico de cualquier cambio en mi condición de médico.

Firma del Paciente

Fecha