

**Formulario de antecedentes médicos**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Médico que remite: \_\_\_\_\_

**Antecedentes médicos personales:** ¿Alguna vez le diagnosticaron lo siguiente? (Marque lo que corresponda)

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Cáncer</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Accidente cerebrovascular</b>                        | <input type="checkbox"/> <b>Enfermedad hepática</b>         | <input type="checkbox"/> <b>Dependencia del alcohol/de las drogas</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Enfermedad cardíaca/ insuficiencia cardíaca congestiva</b> | <input type="checkbox"/> Jaquecas  | <input type="checkbox"/> <b>Hepatitis</b>                   | <input type="checkbox"/> <b>Problemas de salud mental</b>             |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial   | <input type="checkbox"/> <b>Enfermedad pulmonar</b>                              | <input type="checkbox"/> <b>Enfermedad pancreática</b>      | <input type="checkbox"/> <b>Artritis reumatoide</b>                   |
| <input type="checkbox"/> <b>Trastornos en la sangre</b>                                | <input type="checkbox"/> <b>Neumonía</b>   | <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal | <input type="checkbox"/> <b>Lupus/enfermedad autoinmunitaria</b>      |
| <input type="checkbox"/> <b>Anemia</b>   | <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar   | <input type="checkbox"/> <b>Esclerosis múltiple</b>                   |
| <input type="checkbox"/> <b>Coágulos sanguíneos</b>                                    | <input type="checkbox"/> Exposición al amianto                                   | <input type="checkbox"/> <b>Enfermedad renal</b>            | <input type="checkbox"/> <b>VIH/SIDA</b>                              |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis  | <input type="checkbox"/> Problemas de la glándula tiroidea  | <input type="checkbox"/> Artrosis                                     |
| <input type="checkbox"/> <b>Epilepsia/convulsiones</b>                                 | <input type="checkbox"/> <b>Enfisema/enfermedad pulmonar obstructiva crónica</b> | <input type="checkbox"/> <b>Diabetes</b>                    | <input type="checkbox"/> <b>Úlceras en la piel</b>                    |

Otro: \_\_\_\_\_

**Antecedentes quirúrgicos:** enumere las operaciones que ha tenido y los motivos de las cirugías. Brinde fechas aproximadas y enumérelas en orden cronológico, si es posible, incluidas amígdalas, cesáreas, etc.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**Hospitalizaciones, enfermedades graves y lesiones:** brinde fechas aproximadas y enumérelas en orden cronológico si es posible.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una transfusión de sangre?  Sí  No

**Antecedentes familiares:**

Relación	Encierre en un círculo el que corresponda	Edad	Si falleció: Edad y causa del deceso	Antecedente médico significativo
Padre	Vivo Fallecido			
Madre	Viva Fallecida			
Hermano 1:	Vivo Fallecido			
Hermano 2:	Vivo Fallecido			
Hermano 3:	Vivo Fallecido			
Hermano 4:	Vivo Fallecido			

**¿Alguien de su familia ampliada tuvo alguna vez alguna de las siguientes afecciones? (Incluya primos, abuelos, tías/tíos):**

Relación	Materno o paterno	Edad de aparición	Antecedentes de cáncer (si la respuesta es afirmativa, indique de qué tipo)	Antecedentes de coágulos sanguíneos (si la respuesta es afirmativa, indique dónde)	Antecedentes de sangrado excesivo (si la respuesta es afirmativa, indique dónde)
Abuela					
Abuelo					
Abuela					
Abuelo					
Tía/tío					
Tía/tío					
Primo					

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Tiene una directiva anticipada para decisiones de atención médica?  Sí  No

**Antecedentes sociales:**

¿Utiliza nicotina?  Sí  No ¿Cuánto/hace cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_ ¿Dejó? ¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo?  Cigarrillos  Cigarros  De mascar

¿Bebe alcohol?  Sí  No ¿Cuánto/hace cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_ ¿Dejó? ¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

¿Ha utilizado drogas?  Sí  No ¿Qué tipo?: \_\_\_\_\_ ¿Dejó? ¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado  En concubinato  Divorciado  Viudo

Situación de vivienda:  Solo  Con compañero de piso  Con el cónyuge/la pareja  Con el compañero  Con los hijos  Con los padres

**Vacunaciones:** Brinde la fecha de la vacunación más reciente o la fecha en que finalizó la serie.

Gripe: \_\_\_\_\_ Neumonía: \_\_\_\_\_ Hepatitis A: \_\_\_\_\_ Hepatitis B: \_\_\_\_\_

Herpes zóster: \_\_\_\_\_ Tétano: \_\_\_\_\_ Virus del papiloma humano (VPH): \_\_\_\_\_

Vacuna antimeningocócica: \_\_\_\_\_

**Salud preventiva:**

¿Alguna vez se realizó una colonoscopia?  Sí  No

Fecha/lugar de la última colonoscopia: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se realizó una densitometría ósea?  Sí  No

Fecha/lugar de la última densitometría: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se realizó una mamografía?  Sí  No

Fecha/lugar de la última mamografía: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

**PARA MUJERES**

**Antecedentes de menstruación:**

Fecha de la última menstruación: \_\_\_\_\_ Edad de la primera menstruación: \_\_\_\_\_ Edad de la menopausia: \_\_\_\_\_

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: \_\_\_\_\_ ¿Alguna vez tuvo resultados anormales en una prueba de Papanicolaou?  Sí  No

Cantidad de partos en los que el bebé nació con vida: \_\_\_\_\_ Cantidad de embarazos: \_\_\_\_\_

Método anticonceptivo actual: \_\_\_\_\_ ¿Le interesa conservar su fertilidad?  Sí  No

**Alergias a medicamentos:** Enumere los medicamentos y las reacciones.

Medicamento	Reacción	Medicamento	Reacción

**Lista de medicamentos:** Enumere los medicamentos, las dosis y con qué frecuencia los toma. Incluya suplementos y artículos de venta sin receta.

Nombre	Dosis	Frecuencia	Nombre	Dosis	Frecuencia