

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)

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

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