

NEW PATIENT HEALTH HISTORY



Scan into MPI under Chart

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Nombre de preferencia \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Pronombre de preferencia \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Idioma \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES**

ENFERMEDAD/AFECCIÓN	ACTUAL	EN EL PASADO	COMENTARIOS
Consumo de alcohol/drogas			
Asma			
Cáncer ( <i>tipo: _____</i> )			
Depresión/Ansiedad/Bipolar/Suicida			
Diabetes ( <i>tipo: _____</i> )			
Enfisema ( <i>EPOC</i> )			
Cardiopatía			
Presión arterial alta (hipertensión)			
Colesterol alto			
Hipotiroidismo/enfermedad de tiroides			
Enfermedad renal ( <i>riñón</i> )			
Migrañas/dolores de cabeza			
Apoplejía			
Otra:			
Otra:			

**MEDICAMENTOS**

MEDICAMENTOS <i>(Indique TODAS)</i>	DOSIS <i>(Mg., comprimido, etc.)</i>	VECES AL DÍA

*Si necesita más espacio para indicar los medicamentos, escríbalos en una hoja de papel en blanco con la información requerida.*

Continúa →

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS**  **SIN ALERGIAS**

ALERGIA	REACCIÓN ALÉRGICA

**CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS**

TIPO ( <i>especifique izquierda/derecha</i> )	FECHA	UBICACIÓN/CENTRO

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

**ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES**  NO SE CONOCEN ANTECEDENTES FAMILIARES SIGNIFICATIVOS

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA	Alcoholismo/Drogadicción	Asma	(Tipo: Cáncer _____)	Enfisema (EPOC)	Depresión/Ansiedad	Bipolar/suicida	Diabetes	Muerte prematura	Cardiopatía	Colesterol alto	Presión arterial alta	Enfermedad renal	Apoplejía	Enfermedad de tiroides	Migrañas	Otra: _____	Otra: _____	Otra: _____
Madre																		
Padre																		
Hermano																		
Hermana																		
Hijo/a																		
Abuela materna																		
Abuelo materno																		
Abuela paterna																		
Abuelo paterno																		
Otro: _____																		

**ANTECEDENTES SOCIALES:**

Ocupación (u ocupación anterior):	<input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Licencia <input type="checkbox"/> Discapacitado
Empleador:	Años de educación o grado superior:
Si está empleado, ¿trabaja en el turno nocturno? S N N/A	
Estado civil (marque uno): <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿Tiene hijos? S N	Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántos?

**OTRAS CUESTIONES DE SALUD**

<b>CONSUMO DE TABACO</b>	¿Fuma cigarrillos? S N (Si nunca fumó, pase a Consumo de alcohol/drogas)
<b>Actual:</b> Paquetes/día _____ Cantidad de años _____	<b>En el pasado:</b> Fecha en que dejó de fumar: _____ Paquetes/día _____ Cantidad de años _____
Otro tipo de tabaco (marque uno): <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Rapé <input type="checkbox"/> Masticar <input type="checkbox"/> Vape	

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

**ANTECEDENTES DE SALUD DE LAS MUJERES**

Fecha del último ciclo menstrual:	Edad de la primera menstruación: _____ Edad de la menopausia: _____
Cantidad total de embarazos:	¿Cantidad de hijos nacidos vivos:
Complicaciones de embarazos:	
Última prueba de Papanicolaou:	
Última mamografía:	

**ANTECEDENTES DE SALUD DE LOS HOMBRES**

Última evaluación de próstata:
--------------------------------

**MEDICINA PREVENTIVA (ECG, COLONOSCOPIA, ETC.)**

TIPO (especifique izquierda/derecha)	FECHA	UBICACIÓN/CENTRO

**INDIQUE A CONTINUACIÓN TODA OTRA INFORMACIÓN QUE NO FIGURE EN LA LISTA**


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