

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac.: _____

Medicamentos - haga una lista de todos los medicamentos que actualmente toma, la dosis de cada uno y cuántas veces los toma. Incluya todos los medicamentos con y sin receta, como las vitaminas y los suplementos
 No tomo ningún medicamento

Nombre del medicamento	Dosis	Instrucciones	Nombre del medicamento	Dosis	Instrucciones

Alergias a medicamentos y alimentos – haga una lista de todas sus alergias e hipersensibilidad a medicamentos, alimentos, animales, etc.
 No tengo alergias ni hipersensibilidad que sepa

Mantenimiento de la buena salud - marque cada uno que le corresponda e indique la fecha y lugar donde se hizo

Prueba	Fecha	Doctor o Lugar	Prueba	Fecha	Doctor o Lugar
<input type="checkbox"/> Análisis de sangre en heces			<input type="checkbox"/> Prueba de detección de la hepatitis C		
<input type="checkbox"/> Colonoscopia (prueba de detección de cáncer de colon o rectal)			<input type="checkbox"/> Mamografía (prueba para detectar cáncer de seno)		
<input type="checkbox"/> Radioabsorciometría de doble energía (análisis DEXA para revisar los huesos)			<input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou (prueba para detectar cáncer cervical)		
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma (ecografía del corazón)			<input type="checkbox"/> Examen de los senos		
<input type="checkbox"/> Prueba de función pulmonar (prueba de los pulmones)			<input type="checkbox"/> Vacuna contra la neumonía		
<input type="checkbox"/> Prueba de ejercicio (prueba de esfuerzo cardíaco)			<input type="checkbox"/> Vacuna antigripal		
<input type="checkbox"/> Examen de los ojos			<input type="checkbox"/> Vacuna contra el herpes zóster		
<input type="checkbox"/> Examen de los pies			<input type="checkbox"/> Vacuna contra el tétanos		

Historial médico - por favor anote todos sus padecimientos y la fecha en que se le diagnosticó cada uno

Fecha	Padecimiento	Fecha	Padecimiento

 ¿Tiene una Voluntad Anticipada? Sí No

 ¿Tiene un poder notarial médico? Sí No

 ¿Tiene un testamento vital? Sí No

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac.: _____

Historial quirúrgico u hospitalario - por favor anote toda cirugía u hospitalización previa y la fecha de cada una

Fecha	Cirugía u hospitalización	Fecha	Cirugía u hospitalización

Antecedentes familiares - si un padre (P), hermano (S), hijo (C), o abuelo (GP) ha padecido cualquiera de lo siguiente, por favor indique cuál familiar

<input type="checkbox"/> Diabetes	Familiar:	<input type="checkbox"/> Cardiopatía / Ataque cardíaco	Familiar:
<input type="checkbox"/> Cáncer	Familiar:	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca	Familiar:
<input type="checkbox"/> Glaucoma	Familiar:	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	Familiar:
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	Familiar:	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	Familiar:
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	Familiar:	<input type="checkbox"/> Otro	Familiar:

Historial de empleo – por favor anote todas las posibles ocasiones en que pudiera haber estado expuesto durante su historial de empleo, servicio militar o como voluntario

		Duración en años
Ocupación		
Servicio militar y especialidad		
Servicio voluntario		
Expuesto a	<input type="checkbox"/> Sustancias químicas tóxicas (pintura, combustibles, fertilizantes, insecticidas, herbicidas, productos de limpieza, plomo, arsénico, cloroformo, solventes)	
	<input type="checkbox"/> Radiación (rayos X, producción/prueba/uso de armas nucleares, desperdicios nucleares)	
	<input type="checkbox"/> Respiratorio (gases, humos, polvos, asbesto)	
	<input type="checkbox"/> Material biológico (sangre, fluidos corporales)	
	<input type="checkbox"/> Combate	
	<input type="checkbox"/> Agente naranja	
	<input type="checkbox"/> Agua contaminada	
	<input type="checkbox"/> Ruido o vibración excesivos (aeronaves, construcción fábrica)	
	<input type="checkbox"/> Exposición al sol excesiva (agricultura, rancho, construcción)	
	<input type="checkbox"/> Estrés excesivo o durante largos períodos	
<input type="checkbox"/> Otro		

Antecedentes sociales

¿Alguna vez ha fumado? Sí No De ser así, ¿durante cuántos años? _____ Fecha en que dejó de fumar: _____
 ¿Usted fuma actualmente? Sí No De ser así, ¿cuántas cajetillas fuma al día? _____
 ¿Usted fuma cigarrillo electrónico? Sí No De ser así, ¿qué tan seguido? A diario _____ Por semana _____ Por mes _____
 ¿Bebe alcohol? Sí No De ser así, ¿cuántas bebidas consume al día? _____
 De ser así, ¿cuántas bebidas alcohólicas consume en una semana? _____