

Historial de Salud

Fecha de hoy _____

Nombre de Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Género: F _____ M _____

Proveedor de Salud de Westside _____

Médico de cabecera anterior a Westside _____

¿Cuál fue su última visita al médico (o sala de emergencia)? _____ ¿Por qué? _____

Nombre del Doctor _____ Área de Especialidad _____

LISTE EL/LOS MOTIVO(S) DE SU VISITA DE HOY:

LISTADO DE ALERGIAS:

	¿Qué le produce alergias?
Medicamentos	
Alimentos	
Látex	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**LISTE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA:
VISITA Y PORQUE:**

NOMBRE DE ESPECIALISTA(S) QUE USTED

Nombre del especialista	Razón Medica

REVISION DE SINTOMAS: Coloque una marca en la casilla al lado de los síntoma que tiene hoy

<input type="checkbox"/> pérdida de peso	<input type="checkbox"/> piel seca	<input type="checkbox"/> silbidos	<input type="checkbox"/> nauseas	<input type="checkbox"/> coyunturas rígidas
<input type="checkbox"/> ganancia de peso	<input type="checkbox"/> cambios de visión	<input type="checkbox"/> dificultad al respirar con el ejercicio	<input type="checkbox"/> vómitos	<input type="checkbox"/> coyunturas hinchadas
<input type="checkbox"/> fatiga	<input type="checkbox"/> visión borrosa	<input type="checkbox"/> masa/bulto en el pecho	<input type="checkbox"/> diarreas	<input type="checkbox"/> dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> insomnio	<input type="checkbox"/> moqueo nasal	<input type="checkbox"/> descarga de los pezones	<input type="checkbox"/> estreñimiento	<input type="checkbox"/> problema de equilibrio
<input type="checkbox"/> debilidad	<input type="checkbox"/> congestión nasal	<input type="checkbox"/> dolor de pecho	<input type="checkbox"/> sangre en la excreta	<input type="checkbox"/> pérdida de memoria
<input type="checkbox"/> fiebre	<input type="checkbox"/> pérdida de audición	<input type="checkbox"/> respiración corta/difícil	<input type="checkbox"/> excreta de color negro	<input type="checkbox"/> depresión
<input type="checkbox"/> infecciones frecuentes	<input type="checkbox"/> timbre en los oídos	<input type="checkbox"/> latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/> incontinencia	<input type="checkbox"/> ansiedad
<input type="checkbox"/> nódulos linfáticos crecidos	<input type="checkbox"/> problemas de oídos	<input type="checkbox"/> hinchazón de las coyunturas	<input type="checkbox"/> dolor al orinar	<input type="checkbox"/> ataques de pánico
<input type="checkbox"/> erupción	<input type="checkbox"/> problema dentales	<input type="checkbox"/> desmayos	<input type="checkbox"/> orinar en las noches	<input type="checkbox"/> cambios de humor
<input type="checkbox"/> urticarias	<input type="checkbox"/> llagas/ulceras en la boca	<input type="checkbox"/> dolor abdominal	<input type="checkbox"/> orinar frecuente	<input type="checkbox"/> intolerancia al calor
<input type="checkbox"/> nueva lesión de la piel	<input type="checkbox"/> garganta irritada	<input type="checkbox"/> indigestión /acidez	<input type="checkbox"/> cambio en el flujo de la orina	<input type="checkbox"/> intolerancia al frio
<input type="checkbox"/> cambios del mole/verruca	<input type="checkbox"/> tos		<input type="checkbox"/> dolor de las coyunturas	<input type="checkbox"/> moretón/sangrado

INMUNIZACIONES: Liste las inmunizaciones que recibió el pasado año:

Tétanos _____ Hep B _____ MMR _____ Pulmonía _____ Gripe _____ PPD _____ HPV _____

HOSPITALIZACION, CIRUGIA, HISTORIAL DE HERIDAS NINGUNO o Favor de anotar abajo el tipo y el año en que ocurrió:

Razón de la Hospitalizacion _____

Cirugia _____

Herida _____

HISTORIAL MEDICO: Por favor, marque la casilla si usted y/o algún miembro de su familia ha tenido alguno de las siguientes condiciones:

Condición Médica	Usted	Miembro de familia	Condición Médica	Usted	Miembro de familia
Ataque Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paro Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame/Apoplejía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras Estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pólipos en el Colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____			Otro: _____		

SAUD PREVENTIVA: Anote la fecha y el resultado del último año en que obtuvo cualquiera de los siguientes:

MUJER /HOMBRE	Año	Resultados	
		Normal	Anormal
Examen Físico		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen Dental		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colonoscopia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen de VIH		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen de STD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUJERES	Año	Resultados	
		Normal	Anormal
Papanicolaou		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamograma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HOMBRE			
PSA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen de Próstata		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SAUD REPRODUCTIVA:

Mujeres: Ultimo Periodo Menstrual: _____ Numero de Embarazos: _____ Numero de Partos: _____

Mujeres y Hombres:

¿Está sexualmente activo? Si No Compañero(s): Hombres Mujeres Ambos

Control de Natalidad: Condón Vasectomía Píldoras Parche DEPO IUD Implanon/Nexplanon Ligación Tubal

VIDA EN EL HOGAR/ESTILO DE VIDA/VIDA SOCIAL:

¿Quién vive con usted? Compañero: Si No Padres: Si No # Hijos: _____ Otros: _____

¿Cuál es su estado civil? Casado(a) Unión Libre Soltero(a) Divorciado(a) Viuda/Viudo

¿Está Usted empleado(a)? Si No Si: Tiempo Completo o, Tiempo Parcial Ocupación: _____

¿Cuál es su nivel de educación? Menos de Escuela Superior Graduado de Escuela Superior Graduado de la Universidad

Nivel Post-Graduado

¿Utiliza usted el cinturón de seguridad? Si No

¿Utiliza su casco de seguridad? Si No Si contest Si, ¿en qué momento? _____

¿Tiene usted armas en su casa? Si No ¿Tiene usted alarmas de humo en su casa? Si No

¿Hace ejercicios? Diariamente Semanal Mensual Ninguno

¿Cuántas veces al día come usted? Frutas/verduras _____ Carne/Frijoles _____ Lácteos _____

Alimentos Malsanos/Sodas _____

¿Tomas usted alcohol? Si No Si toma, ¿Cuanto? _____

¿Utiliza usted o fuma tabaco? Si No Si lo usa, ¿Cuanto? _____

¿Usa usted drogas ilegales o prescripción medica por razones que no son médicas? Si No