



MISSION EAST DALLAS

FAMILY HEALTH CLINIC

HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS

Sírvase llenar ambos lados

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Edad _____ Fecha _____
(Día/Mes/Año)

I. ANSWER THE FOLLOWING:

Sí	No	
		¿Nació usted fuera de los Estados Unidos? ¿Dónde? _____
		¿Quién fue su último médico de atención primaria? _____
		¿Cuándo fue la última vez que se chequeó con su médico de atención primaria? _____
		¿Se chequea usted con un especialista? ¿Quien? _____

II. HISTORIA CLÍNICA ANTERIOR: ¿Usted ha tenido o presentado alguno de los siguientes? (Marque Sí o No):

Sí	No	Preguntas	Sí	No	Preguntas
		Anteojos			Anemia
		Otros problemas de vista			Coágulos sanguíneos (en los pulmones o piernas)
		Glaucoma			Problemas de circulación
		Problemas de audición			Varicela
		Alergias ambientales (polvo, polen, etc.)			Tuberculosis (TB) o contacto con TB
		Asma			Infección por HIV
		Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD) o Enfisema Pulmonar			Enfermedades de transmisión sexual (STD/STI)
		Presión arterial alta			Problemas de disfunción sexual
		Colesterol alto			Depresión
		Enfermedad cardíaca (ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca)			Ansiedad/trastorno de pánico
		Problema de tiroides			Intentos de suicidio
		Diabetes			Problemas del sistema nervioso
		Problemas estomacales o intestinales			Dolores de cabeza agudos
		Problemas de hígado			Epilepsia (convulsiones)
		Sangrado rectal			Derrame cerebral

	Problemas renales		Artritis
	Problemas urinarios o de la vejiga		Problemas de espalda
	Cáncer		
	Radioterapia de cabeza /cuello		

III. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS/DE HOSPITALIZACIÓN: (Marque Sí o No):

Sí	No	Preguntas
		Cirugía/lesión seria/hospitalización. ¿Cual y cuándo? _____
		¿Hospitalizaciones recientes? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES: Se incluyen los padres, hermanas, hermanos, tías, tíos, abuelitos (solo parientes consanguíneos). Alguno de los miembros de su familia ha presentado:

Sí	No	Preguntas	Sí	No	Preguntas
		Migrañas: ¿Quien? _____			Anomalías congénitas: ¿Quién? _____
		Derrame cerebral: ¿Quién? _____			Cáncer de mama: ¿Quién? _____
		Presión arterial alta: ¿Quién? _____			Cáncer de colón: ¿Quién? _____
		Ataque/enfermedad cardiaca: ¿Quién? _____			Otro tipo de cáncer: ¿Quién? _____
		Colesterol alto: ¿Quién? _____			Abuso de sustancias: ¿Quién? _____
		Diabetes: ¿Quién? _____			Alcoholismo: ¿Quién? _____
		Anemia falciforme: ¿Quién? _____			Depresión: ¿Quién? _____
		Problema de tiroides: ¿Quién? _____			Trastorno bipolar: ¿Quién? _____
Sí	No	Preguntas	Sí	No	Preguntas
		¿Su mamá sigue viva? ¿Qué edad tiene ella ahora (o cuándo falleció)?			¿Su papá sigue vivo? ¿Qué edad tiene él ahora (o cuándo falleció)?

V. HISTORIA SOCIAL

Sí	No	Preguntas
		¿Usted tiene necesidades culturales o religiosas que afectarían su atención médica? ¿Cuáles son? _____
		Otras personas que vivan en su casa, relación _____
		¿Cuál es su nivel de educación? _____
		¿Cuál es su trabajo actual? _____
		¿Usted tiene un Poder Durable para Cuidado Médico, Testamento Vital, o Formulario de Orden de No Reanimar (DNR)? Si la respuesta es afirmativa, la fecha de término es: _____ Descripción: _____

VI. SALUD PREVENTIVA Y HÁBITOS SALUDABLE

Sí	No	Preguntas	Describa
		Tabaco (tipo, cantidad por día)	

	Alcohol (bebidas por semana)	
	¿Usted utiliza fármacos sin receta médica o sustancias ilícitas?	Si la respuesta es afirmativa, mencione cuales: _____ ¿Si lo ha hecho antes, cuándo fue la última vez? _____
	¿Tiene problemas para dormir? (horas de sueño por noche)	
	¿Ha perdido/ganado peso (de manera involuntaria) en los últimos 6 meses?	
	¿Tiene una dieta especial? (explique)	
	¿Usted hace ejercicios? (tipo, días por semana)	
	Fecha del último examen de la vista _____	
	Fecha de último examen dental _____	
	Fecha de la última colonoscopia o prueba de heces _____	
	Fecha de la última inyección contra el tétano (TDK) _____	
	Fecha de la última vacuna contra la influenza/gripe _____	
	Fecha de la última vacuna contra la neumonía _____	
	¿Ha recibido una serie de vacunas contra la Hepatitis B (Hep B)? Si la respuesta es afirmativa, la fecha es _____	
	Fecha del último chequeo de TB (tuberculosis) _____	

VII. SOLO PARA HOMBRES. ¿Usted ha presentado alguno de los siguientes? (Marque Sí o No):

Sí	No	Preguntas	Sí	No	Preguntas
		Problemas de próstata			Problemas de pene/testiculares

VIII. SOLO PARA MUJERES. ¿Usted ha presentado alguno de los siguientes? (Marque Sí o No):

Sí	No	Preguntas	Sí	No	Preguntas
		Problemas de útero/trompa/ovarios			# de embarazos. _____
		Problemas menstruales			# de nacidos vivos. _____
		Problemas de mama (bulto, secreción)			# de abortos naturales. _____
		Última mamografía (fecha) _____			# de abortos inducidos. _____
		Histerectomía (removimiento de la matriz/ovarios) (fecha) _____			Método anticonceptivo actual: _____
		Última prueba de Papanicolaou (fecha) _____			
		Última densitometría ósea (fecha) _____			

IX. MEDICAMENTOS ACTUALES: Incluya cualquier medicina de venta libre, vitaminas y suplementos a base de hierbas

Sí	No	Preguntas
		Mencione todos los medicamentos actuales: _____ _____ _____

¿Usted es alérgico a algún fármaco/medicamento? ¿A alguna comida o a otra sustancia? Sírvase mencionar y describir la(s) reacción(es):

X. NIVEL DE INDEPENDENCIA: (Marque Sí o No):

Sí	No	Preguntas	Sí	No	Preguntas
		¿Usted utiliza alguno de los siguientes?			¿Usted necesita ayuda con estas actividades?
		Bastón			Preparando los alimentos
		Andador			Comiendo
		Silla de ruedas			Utilizando el baño
		¿Recibe algún tipo de ayuda en la casa, como por ejemplo terapia física, enfermería, etc.? ¿Si la respuesta es sí, que tipo de ayuda? _____			Bañándose
					Vistiéndose
					Haciendo los quehaceres/ tareas domésticas
					Tomando los medicamentos
					Utilizando el teléfono
					Gestionando el dinero

A mi leal saber y entender, Yo he respondido todas las preguntas en su totalidad y de manera correcta. Yo le informaré a mi proveedor de cualquier cambio en mi salud o medicamentos.

Firma del Paciente o Tutor _____ Fecha _____