

PRIMARY MEDICAL

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

¿HA TENIDO ALERGIA O SENSIBILIDAD A LOS MEDICAMENTOS? SÍ NO

En caso afirmativo, describa:

MEDICAMENTOS

NOMBRE	DOSIS	FRECUENCIA	NOMBRE	DOSIS	FRECUENCIA

VACUNAS

	Fecha
Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap)	
Neumonía, Prevnar 13	
Neumonía, Pneumovax 23	
Vacuna COVID-19 <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Johnson and Johnson	
Herpes zóster, Shingrix (indicar ambas dosis)	
¿Otro?	

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDADES

PADRE	
-------	--

MADRE	
HERMANO	
HERMANA	
HIJOS	
OTROS	

ANTECEDENTES SOCIALES

¿Hace ejercicio con regularidad? Sí/No Nivel ligero: menos de 3 veces por semana ____ Nivel moderado: 3 veces por semana ____ Nivel extenuante: más de 3 veces por semana ____	¿Fuma o usa tabaco? Sí No En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes por día? ____ ¿Fumó alguna vez? Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo dejó de fumar? ____ ¿Cuántos paquetes por día? ____ ¿Número de años? ____
Estado civil: S C V D # de hijos: ____	
Situación laboral: Tiempo parcial Tiempo completo Desempleado Retirado Ocupación: _____	¿Usa drogas recreativas? Sí No En caso afirmativo, qué drogas: _____ Cuánto y con qué frecuencia: _____
¿Es sexualmente activo?	¿Tienes un POLST? Sí No
¿Toma alcohol? Sí No ¿Qué tipos?: Cerveza Vino Licor fuerte ¿Toma 3 o más bebidas al día? Sí No	¿Tiene onstrucciones anticipadas? Sí No

MARQUE SUS CIRUGÍAS O PROCEDIMIENTOS PREVIOS CON FECHAS:

	Fecha		Fecha		Fecha
Cataratas		Biopsia de Mama		Cirugía lumbar/cuello	
Adenoides		Lumpectomía de Mama		Trasplante de riñón	
Cirugía de Oído		Aumento de Mamas		Cirugía de Vejiga Urinaria	
Cirugía de Senos Paranasales		Mastectomía		Prostatectomía	
Cirugía de Tiroides		Apendicectomía		Vasectomía	
Amigdalectomía		Vesícula biliar		Histerectomía	
Cirugía de Pulmón		Reparación de Hernia		Ligadura de trompas	
Cirugía de Vena/Arteria		Cirugía Intestinal Por favor enliste:		Cesárea	
Cirugía Cardiovascular				Cirugía de Espalda: Por favor enliste:	
Endarterectomía carotídea		Reemplazo articular:			

		Por favor enliste:		
Cirugía de Artería Coronaria			Otro:	
Cirugía de Mama				

POR FAVOR MARQUE LAS ENFERMEDADES O CONDICIONES QUE HA PADECIDO:

	Mamografía anormal		Demencia		Cáncer de Pulmón
	Papanicolau/VPH anormal		Depresión		Linfoma
	Ansiedad		Diabetes Mellitus/Gestacional		Enfermedad Mental
	Artritis		Diverticulosis o Diverticulitis		Migrañas
	Asma		Gota		Osteoporosis
	Coágulos sanguíneos/TVP		Dislipidemia		Cáncer de Próstata
	Cáncer de mama		Hipertensión		Alergia Ambiental o Estacional
	EPOC/Enfisema		Hipertiroidismo		Infección de Transmisión Sexual
	Cáncer: _____		Hipotiroidismo		Infarto cerebral
	Enfermedad Cardiovascular		Síndrome de Intestino Irritable		Cáncer de Tiroides
	Cáncer de Colon		Enfermedad Renal		Tuberculosis
	Enfermedad de Chron o Colitis Ulcerativa		Leucemia		Otro:

TAMIZAJES PREVENTIVOS: -Fecha de último examen

Mamografía: _____ Colonoscopia: _____

Papanicolau: _____ Examen de pie (Diabéticos): _____

Densitometría (ósea): _____ Examen físico completo: _____

Examen oftalmológico: _____

Firma: _____ Fecha: _____