

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Qué tipo de trabajo realiza? _____

Cuándo fue su última inmunización contra:

Tétanos _____ / _____ / _____ Neumonía _____ / _____ / _____ Influenza (Flu) _____ / _____ / _____

Mujeres:

¿Alguna vez ha sido sexualmente activa? Sí / No

¿Actualmente usted es sexualmente activa? Sí / No

Número de embarazos: _____

Edad durante su primer embarazo: _____

Número de embarazos de término completo: _____

Número de partos prematuros: _____

Número de abortos: _____

Número de abortos espontáneos: _____

Número de embarazos ectópicos: _____

Número de hijos vivos: _____

Número de cesáreas: _____

Fecha de su última mamografía _____ / _____ / _____

Número de partos por canal vaginal: _____

Complicaciones: _____

Método anticonceptivo actual _____

Si toma píldora anticonceptiva, de qué tipo: _____

Tiene algún problema? _____

Primer día de su último periodo

menstrual _____ / _____ / _____

Fecha de su último Papanicolaou _____ / _____ / _____ Fue

normal? Sí / No

¿Le han hecho una histerectomía? Sí / No

¿Es usted Pre/Post Menopáusicas? Sí / No

Fecha de su última colonoscopia _____ / _____ / _____

Hombres:

¿Alguna vez ha sido sexualmente activo? Sí / No

¿Actualmente usted es sexualmente activo? Sí / No

¿Se revisa los testículos mensualmente? Sí / No

Date of your last colonoscopy _____ / _____ / _____

Hij(a/o)s:

¿Algún problema durante el embarazo? _____

¿Peso al nacer? _____

¿Algún problema con la labor de

parto/parto? _____

**Por favor traiga una copia del esquema de vacunación del menor*

Tod(a/o)s:

¿Está expuesta a abuso físico o emocional? Sí / No

¿Está expuesta a algún tipo de violencia doméstica? Sí / No

¿Necesita ayuda para caminar? Sí / No

¿Usa lentes / lentes de contacto? Sí / No

¿Usa algún aparato auditivo? Sí / No

¿Necesita ayuda para leer? Sí / No

¿Necesita ayuda para escribir? Sí / No

¿Alguien le ayudó a completar éste formulario? Sí / No

¿Tiene alguna creencia cultural/religiosa que afecte su cuidado médico? Sí / No

¿Cuál es su método de aprendizaje de preferencia? *(Por favor circule uno)*

Material de Audio / Demostración / Explicación Verbal / Material en Video / Material Escrito

¿Tiene alguna Declaración de voluntad anticipada? Sí / No

¿Tiene detectores de humo en casa? Sí / No

¿Tiene armas en su casa? Sí / No

¿Qué medicamentos toma? Incluya medicamentos recetados, medicamentos que tome sin receta, y suplementos herbales :

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Es alérgica a algún medicamento, anestésico, yodo, látex, cinta adhesiva, alimentos o algo más? Sí / No

¿Durante las últimas 2 semanas, qué tan seguido se ha sentido molesta con alguno de los siguientes problemas?

	Para nada	Varios Días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se siente mal, deprimida o sin esperanza	0	1	2	3

¿Alguna vez ha estado hospitalizada durante la noche? Sí / No ¿Cuándo y por qué motivo? _____

¿Alguna vez ha tenido cirugía? Sí / No ¿Cuándo y por qué motivo? _____

Actualmente padece o ha padecido alguna condición médica tal como: *(Por favor circule)*

- | | |
|--|---|
| Dolores de cabeza | Acidez o Agruras |
| Problemas de espalda | Dificultad para escuchar |
| Úlceras | VIH |
| Problemas para tragar | Problemas Estomacales |
| Artritis | Diarrea |
| Anemia | Infertilidad |
| Problemas del corazón (Dolor de pecho, Ritmo cardíaco Irregular) | Estreñimiento |
| Hepatitis | Problemas Urinarios (Infección, Pérdida del control de la vejiga) |
| Derrame Cerebral | Problemas con los senos |
| Presión Arterial Alta | Cáncer |
| Huesos Rotos | Problemas de Tiroides |
| Asma | Problemas Sexuales |
| Enfisema | Problemas de espalda |
| Diabetes | Convulsiones |
| Neumonía | Problemas de Salud Mental (Depresión, Ansiedad, Estrés) |
| Tuberculosis | Problemas de visión (Visión Borrosa, Glaucoma, Cataratas) |
| Adicción a Drogas o Alcohol | Otros: _____ |

Alguien en su familia (hijos, padres y hermanos) tiene historial de padecer: (Si es así, indique quién)

- | | |
|--|---------------------------------|
| Asma/COPD(enfermedad crónica obstructiva pulmonar) _____ | Presión Arterial Alta _____ |
| Cáncer _____ | Problemas de Salud Mental _____ |
| Diabetes _____ | Derrame Cerebral _____ |
| Adicción a Drogas o Alcohol _____ | Problemas de Tiroides _____ |
| Problemas del corazón _____ | |
| Otros: _____ | |

¿Usted fuma o usa tabaco? Sí / No ¿Qué cantidad en un día? _____

¿Vive con alguien que fuma? Sí / No

¿Usa cigarrillos electrónicos? Sí / No ¿Qué cantidad en un día? _____

¿Qué cantidad de alcohol toma en un día? _____

¿Cuánta cafeína toma en un día? _____

¿Usa marihuana o algún otro tipo de droga? Sí / No

¿Qué drogas usa? _____

