

Triad Adult and Pediatric Medicine

Información de la Historia Clínica del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento ___/___/_____

Fecha cuando el formulario fue llenado: ___/___/_____

Por favor enumere todo tipo de alergias, incluyendo alergias a las medicinas, alimentos, medioambiente y tópicos antisépticos:

Por favor enumere todos los medicamentos recetados actuales y sin receta:

Nombre de la Medicina	Mg	Horario de la dosis

Historia Social del Paciente

Uso de Tabaco: Compruebe las respuestas y rellene los espacios según sea necesario

___ Si ___ Pasivo ___ Lo Dejó ___ Jamás

Paquetes de cigarros/día _____ Años de uso _____ Fecha cuando dejó de fumar _____

Otros tipos: ___ Pipa ___ Snuff ___ Puro ___ Masticar tabaco

Uso de alcohol: ___ Si ___ No Si anotó si, ¿cuantas onzas por semana? _____

Uso de drogas: ___ Si ___ No ___ Uso de inyección Si anotó si, ¿cuantas veces por semana? _____

Actividad Sexual: ___ Si ___ No Si anotó si, compañero es: ___ Hombre ___ Mujer

Anticonceptivos/Protección:

___ Condón ___ IUD ___ Implante ___ Esponja ___ Pastilla ___ quirúrgico ___ Ritmo ___ Insertos

___ Diafragma ___ Espermicida ___ Inyección

Estado Civil:

___ Soltero ___ Casado ___ Pareja ___ Separado ___ Divorciado ___ Viudo

¿Tiene o ha tenido algunas de las siguientes condiciones de salud? (Favor de marcar los que apliquen)

<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Diabetes (Azúcar) <input type="radio"/> Presión arterial elevada <input type="radio"/> Asma/Enfisema <input type="radio"/> Infarto <input type="radio"/> Cardiopatía <input type="radio"/> Derrame cerebral <input type="radio"/> Cáncer <input type="radio"/> Convulsiones <input type="radio"/> Enfermedad Renal <input type="radio"/> Piedras Renales <input type="radio"/> Artritis <input type="radio"/> Osteoporosis <input type="radio"/> Enfermedades mentales <input type="radio"/> Alcoholismo 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Alergias <input type="radio"/> Fiebre del heno <input type="radio"/> neumonía <input type="radio"/> Huesos fracturados <input type="radio"/> Enfermedad cutánea <input type="radio"/> Gota <input type="radio"/> Hepatitis <input type="radio"/> Úlcera Gastroduodenal <input type="radio"/> Infección vaginal <input type="radio"/> Enfermedad de transmisión sexual <input type="radio"/> Anemia <input type="radio"/> Colesterol Alto <input type="radio"/> Transfusión de sangre 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tiroides <input type="radio"/> Otro -favor de Describir: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---	--	---

Marque la casilla para los miembros de la familia que hayan tenido cualquiera de los siguientes problemas de salud:

	Padre	Madre	Hermana	Hermano	Abuela Maternal	Abuelo Maternal	Abuela Paternal	Abuelo Paternal
Diabetes(Azúcar)								
Presión Alta								
Asma/Enfisema								
Infarto								
Cardiopatía								
Colesterol Alto								
Cáncer de la mama								
Cáncer del colon								
Cáncer de la próstata								
Tiroides								
Convulsiones								
Enfermedad Renal								
Piedras Renales								
Artritis								
Osteoporosis								
Enfermedades mentales								
Alcoholismo								
Derrame Cerebral								
Vivos								
Fallecidos								

Otros exámenes de mantenimiento de la salud

Fecha de su última colonoscopia ____ / ____ / ____

Fecha de su último examen de la vista ____ / ____ / ____

Fecha de su último examen de los pies ____ / ____ / ____

Solo para Pacientes Femeninas

¿ En qué año fue tu último parto? _____ Periodo / ciclo menstrual ____ Regular ____ Irregular

Primer día del último período (fecha) ____ / ____ / ____

Fecha de la última prueba de Papanicolaou ____ / ____ / ____

Número total de embarazos ____ Número total de nacidos vivos ____ Número total de abortos espontáneos / mortinatos ____ Número total de abortos ____

Fecha de la última mamografía ____ / ____ / ____

Cirugías previas del Paciente:

Por favor marque todos los que aplican y enumere el año en que se realizó la cirugía

<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Apendectomía _____<input type="radio"/> Artroscopia _____ Ubicado _____<input type="radio"/> Cirugía de espalda _____<input type="radio"/> Juanetes _____<input type="radio"/> Cataratas Removidas _____<input type="radio"/> By-pass de arteria carótida _____<input type="radio"/> By-pass coronario _____<input type="radio"/> Reparación de fracturas _____ Ubicado _____<input type="radio"/> Reparación de hernia _____ Ubicado _____<input type="radio"/> Vesícula removida _____	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Hemorroides _____<input type="radio"/> Reemplazo de articulación _____ Ubicado _____<input type="radio"/> Histerectomía _____<input type="radio"/> Cirugía de la próstata _____<input type="radio"/> Pólipos removidos _____<input type="radio"/> Cirugía sinusal _____<input type="radio"/> Amigdalectomía _____<input type="radio"/> Tiroides removidos _____<input type="radio"/> Vasectomía _____<input type="radio"/> Litigación tubal _____<input type="radio"/> Otro: Favor de alistar: _____
---	--

Solo para el Personal de oficina debajo de esta línea:

Provider Signature: _____ Date Reviewed: _____