**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hombre/mujer Nombre de preferencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pronombres de preferencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Idioma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **S o N** | **PREOCUPACIONES** | **S o N** | **PREOCUPACIONES** | **S o N** | **PREOCUPACIONES** |
|  | ANEMIA |  | PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN |  | PRÓSTATA |
|  | ASMA |  | ENFERMEDAD CARDÍACA |  | APNEA DEL SUEÑO |
|  | CÁNCER |  | PRESIÓN ARTERIAL |  | ESTÓMAGO  |
|  | DIABETES |  | COLESTEROL |  | DERRAME CEREBRAL |
|  | DIETA/NUTRICIÓN |  | RIÑONES |  | TIROIDES |
|  | ENFISEMA |  | MIGRAÑA  |  | SEXUAL |
|  | GLAUCOMA |  | DEPENDIENTE DE O2 |  | RIESGO DE CAÍDAS |
|  | ANSIEDAD |  | DEPRESIÓN |  | NO FIGURA |

**INDIQUE TODAS LAS ALERGIAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTOS** | **REACCIÓN** | **ALIMENTOS** | **REACCIÓN** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**HISTORIAL QUIRÚRGICO**

|  |  |
| --- | --- |
| **PROCEDIMIENTO** | **AÑO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**HISTORIAL FAMILIAR DE IMPORTANCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **PROBLEMA MÉDICO** (cáncer, enfermedad cardíaca, hipertensión arterial, etc.) | **MIEMBRO DE LA FAMILIA** (madre, padre, hermano/a) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 Continúa

**CONSUMO DE TABACO**

¿Fuma o mastica tabaco? Sí\_\_\_ No\_\_\_ Cant. de años\_\_\_\_\_ AÑO EN QUE DEJÓ DE FUMAR\_\_\_\_\_

**EXAMEN/PROCEDIMIENTO** (año)

PRUEBA DE PAPANICOLAOU\_\_\_\_\_ PRUEBA DE DENSIDAD ÓSEA\_\_\_\_\_ EXAMEN FÍSICO\_\_\_\_\_

EXAMEN DE PRÓSTATA\_\_\_\_\_

ANÁLISIS DE LABORATORIO \_\_\_\_\_ COLONOSCOPIA\_\_\_\_\_\_ OTROS NO INDICADOS\_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTO**  | **DOSIS** | **CON QUÉ FRECUENCIA** (por la mañana, a la hora de acostarse) | **RAZÓN** (diabetes, presión arterial, etc.) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Indique a continuación toda otra información que no figure en la lista**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |