

Fecha		Nombre del paciente		Fecha de Nacimiento		Edad	
Sexo:	Masculino	Femenino	Transgénero	¿Cómo prefiere ser identificado?			
¿Cómo se enteró de nosotros?							

¿Están sus vacunas al día?		¿Tiene usted alergia al látex?	
¿Tiene usted algún tipo de alergia, y cuáles son las reacciones?			
¿Qué medicamentos está utilizando actualmente?			
¿Ha viajado fuera de Los Estados Unidos en los últimos 30 días?			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si contesto si a la pregunta anterior:	¿A dónde viajó?		
¿Fecha en que salió del país?		¿Fecha que regresó al país?	

Historial Familiar

¿Algún miembro de su familia (relacionado por medio de sangre) tiene o a tenido los siguientes problemas de salud?:

Tipo de Cáncer		Relación	
Trastorno hemorrágico		Relación	
Coágulo sanguíneo		Relación	
Historial médico de coágulo sanguíneo en las piernas o pulmones		Relación	
Problemas Cardiovasculares (Infarto Cardíaco, Derrame Cerebral, Presión alta)		Relación	
Problemas del corazón (enfermedad en las válvulas del corazón, Colesterol, murmullo o soplo del corazón)		Relación	
Desorden genético		Relación	
Diabetes		Relación	
Otros			

Historial Social

Casado	<input type="checkbox"/>	Soltero	<input type="checkbox"/>	Divorciado	<input type="checkbox"/>	Separado	<input type="checkbox"/>	Viudo	<input type="checkbox"/>	Acompañado	<input type="checkbox"/>
¿A qué se dedica actualmente o se dedicaba?											

¿Usa tabaco? (que tipo)		¿Cuánta cantidad?		¿Cada cuánto?	
¿Utiliza drogas? (que tipo)		¿Cuánta cantidad?		¿Cada cuánto?	
¿Consumo alcohol?(que tipo)		¿Cuánta cantidad?		¿Cada cuánto?	

¿Alguna vez ha sido víctima de violencia o abuso sexual?	
--	--

Síntomas

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas? (Por favor circule uno):

Generales	Cardiovascular	Respiratorios	Mama o seno	De la piel
-Fiebre -Fatiga -Perdida o aumento de peso significativo - Visión distorsionada -Cambios en su visión -Perdida de la visión -Secreción nasal -Tos -Garganta reseca -Congestión nasal	-Dolor de pecho -Palpitaciones -Le cuesta respirar - Le cuesta respirar cuando esta acostado/a -Se le inflaman las piernas	-Problemas de respiración -Respiración sibilante -Tos crónica	-Nódulos/masas -Dolor -Enrojecimiento -Hoyos en la piel -Cambio de tamaño	-Picazón -Cortadas -Problemas con las uñas -Protuberancias /nódulos/masas

Gastrointestinal	Genitourinario	Musculoesqueletal	Neurológico	Psiquiátrico
-Ardor estomacal -Indigestión -Dificultad al tragar -Náusea -Vómito -Dolor abdominal -Diarrea o constipación	-Sangre en la orina - Sangramiento Vaginal con dolor -Dolor en los costados -Picazón -Lesiones -Secreción vaginal -Olor vaginal -Picazón en la vagina - Cambio en su ciclo menstrual -Problemas sexuales - Dolores/sangramiento cuando tiene sexo - Problemas al orinar	-Dolor muscular -Dolor en los gongos -Dolor de huesos -Debilidad muscular -Dolor en las piernas	-Dolores de cabeza -Migrañas -Migrañas con aura -Migrañas sin aura -Convulsiones	-Depresión -Ansiedad

Historial Médico

¿Actualmente se encuentra usted bajo el cuidado médico de otro proveedor?		Si, ¿quién?	
---	--	-------------	--

¿Tiene o anteriormente ha tenido usted problemas con lo siguiente?

Formulario Médico

Confidencial

Cardiovascular		Seno		Cáncer	
Presión alta de la sangre		Biopsia previa		¿Qué tipo?	
Derrame cerebral		Última mamografía		¿Cuándo?	
Murmuro en el corazón		Mamografía anormal		Tratamiento proveído	
Incremento en el colesterol					
Otros					

Desorden Genético		Problemas geriátricos		Problemas GU		Metabolismo	
Gen BRCA		Enfermedad de Crohn's		Fibrosis		Diabetes (cual tipo)	
Células falciformes		Vesícula		Quiste en los ovarios		Diabetes gestacional	
G6PD Deficiencia de glucosa-6fosfato deshidrogenasa		Irritación del intestino grueso		Endometriosis		Enfermedad de la tiroides	
Otros		Gastritis		Embarazo ectópico		Otros	
		Hepatitis		Síndrome poliquístico (PCOS)			
		Otros		Infección en las vías urinarias ITUs Frecuentes			
				Otros			

Hematológicos		Neurológicos		Respiratorios	
Anemia		Convulsiones		Asma	
Coágulos de la sangre (piernas y pulmones)		Dolores de cabeza		EPOC (COPD) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	
Sangramiento/ desorden de coagulación de la sangre		Migrañas con aura		Otros	
Otros		Migrañas sin aura			
		Otros			

Psicológicos		ETS			
Depresión		Tipo de enfermedades transmitidas sexualmente		Enfermedad autoinmune (Lupus)	
Ansiedad		¿ Último tratamiento?		Transfusión de sangre	

Formulario Médico

Confidencial

Bipolar					
Otro					

Por favor liste cualquier tipo de procedimiento quirúrgico que haya tenido, incluyendo el tipo, fecha y razón:

Historial sexual

¿Está usted activo sexualmente?	¿Última fecha en la que tuvo relaciones sexuales?	Es su pareja:	Hombre	Mujer	Ambos
---------------------------------	---	---------------	--------	-------	-------

¿Tipo de actividad sexual?	Genital	Oral	Ambas	¿Cantidad actual de parejas?	¿Cantidad de parejas en los últimos 12 meses?
----------------------------	---------	------	-------	------------------------------	---

Historial de su pareja:

¿Tiene su pareja sexo con?	Hombres	Mujeres	Ambos	¿Tiene su pareja un historial de uso de drogas intravenosas?
----------------------------	---------	---------	-------	--

¿Cuántas parejas más tiene?:	Usa condón	Nunca	A veces	Siempre
------------------------------	------------	-------	---------	---------

Historial de Salud Femenino

¿A qué edad tuvo su primera menstruación? ¿Primer día de su última menstruación?

¿Cada cuánto tiene su período?

¿Cuánto tiempo sangra?	Sus ciclos menstruales son:	Fuertes	Moderados	Ligeros	Con coágulos
------------------------	-----------------------------	---------	-----------	---------	--------------

¿Son sus períodos dolorosos?	Si contesto que sí, son:	Severos	Moderados
------------------------------	--------------------------	---------	-----------

¿Cuándo fue su último Papanicolaou?

¿Alguna vez se ha hecho el examen de VPH?	¿Ha tenido una biopsia o colonoscopia?	¿Recibió tratamiento?
¿Alguna vez ha recibido la vacuna para el VPH?	¿Cuándo?	¿Recibió las 3 vacunas?

Formulario Médico Confidencial

Historial de Salud Obstétrico

¿Alguna vez ha estado embarazada?		¿A qué edad tuvo su primer embarazo?	
-----------------------------------	--	--------------------------------------	--

Por favor escriba el número de cada tipo de embarazos:	Término completo		Prematuro		Aborto natural		Terminado		Ectópico	
--	------------------	--	-----------	--	----------------	--	-----------	--	----------	--

¿Cuántos niños vivos tiene?		Fecha de su último embarazo		¿Desea futuros embarazos?	

¿Actualmente está amamantando?	
¿Cuál es su plan para quedar embarazada?	
¿Cómo se está preparando para su embarazo?	

Historial de anticonceptivos

¿Cuál método de planificación familiar está utilizando actualmente?		¿Cuánto tiempo lleva utilizando este método?	
¿Anteriormente ha tenido usted problemas usando algún método anticonceptivo?		Si la respuesta es sí, por favor describa el problema:	
¿Su método de planificación familiar actual va de acuerdo con sus planes para quedar embarazada?			
¿Qué tipo de método para planificación familiar le gustaría obtener hoy día?			

Declaración de Consentimiento

El formulario medico confidencial fue presentado a usted para que lo revise antes de ser firmado, una copia del documento con su firma le será proveída.

Nombre del paciente (Patient name)	Firma del paciente (Signature)	Fecha: Mes/día/año (Date: mm/dd/yr)