

CareMedica

Formulario de admisión del historial médico del paciente

Nombre: _____ DOB: _____ FECHA: _____

Motivo de la visita de hoy:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Nuevo paciente | ☐ Enfermedad | ☐ Autorización prequirúrgica |
| ☐ Seguimiento del alta hospitalaria | ☐ Lesión laboral | ☐ Accidente automovilístico |
| ☐ Reemplazo hormonal | ☐ Programa de pérdida de peso bajo supervisión médica | |

Farmacia preferida: _____ Teléfono de farmacia: _____

Dirección de la farmacia: _____

Farmacia de venta por correo: _____

Proveedor(es) de atención primaria actual/anteriorNombre:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Especialistas actuales/antiores:

Cardiologist: _____ Teléfono: _____

Dermatologist: _____ Teléfono: _____

Gastroenterologist: _____ Teléfono: _____

Ophthalmologist: _____ Teléfono: _____

otra: _____ Teléfono: _____

otra: _____ Teléfono: _____

¿Alguna preocupación actual? _____

Alergias y sensibilidades a medicamentos, alimentos, animales, etc. Incluya las reacciones:

☐ No se conocen alergias

Nombre del medicamento	Frecuencia	A partir de	Prescriptor

TODOS los medicamentos actuales (enumere todos los medicamentos con y sin receta, anticonceptivos, vitaminas y suplementos):

☐ No tomar medicamentos

HISTORIAL MÉDICO PASADO	SI	NO	HISTORIAL MÉDICO PASADO	SI	NO
Anemia			VIH/SIDA/Hepatitis		
Asma			Hipotiroidismo		
Coágulo de sangre/DVT			Enfermedad de Lyme		
Cáncer:			Osteoporosis/Osteopenia		
COPD			Enfermedad vascular periférica		
Diabetes tipo I/tipo II			Psoriasis		
Gota			Insuficiencia renal/enfermedad renal		
Ataque cardíaco/angina			Artritis reumatoide/lupus		
Enfermedad cardíaca/marcapasos			Ataque		
Alto sangre presión			Tuberculosis		
Historia de la transfusión de sangre			Ulcer/Acid Reflux/GERD		
Antecedentes de medicación con prednisona o esteroides			Otra:		

CIRUGÍAS PASADAS	RAZÓN	CIRUJANO	FECHA

HOSPITALIZACIONES PASADAS	RAZÓN	FECHA

Atención preventiva: Indique la fecha de su más reciente; si la desconoce, marque "desconocido":

Físico completo:	Fecha:	☐ Desconocida
Colonoscopia:	Fecha:	☐ Desconocida
Limpieza Dental:	Fecha:	☐ Desconocida
Examen de la vista:	Fecha:	☐ Desconocida
COVID Vacuna:	Fecha:	☐ Desconocida
COVID Refuerzo:	Fecha:	☐ Desconocida
Tuberculosis Prueba:	Fecha:	☐ Desconocida
Tetanus Inmunización	Fecha:	☐ Desconocida
Pprevnar 13:	Fecha:	☐ Desconocida
Pneumovax 23:	Fecha:	☐ Desconocida
Shingles:	Fecha:	☐ Desconocida
HPV:	Fecha:	☐ Desconocida
Meningitis:	Fecha:	☐ Desconocida
TDAP:	Fecha:	☐ Desconocida
Influenza Vaccination:	Fecha:	☐ Desconocida
Measles Inmunización:	Fecha:	☐ Desconocida
Hepatitis A Inmunización:	Fecha:	☐ Desconocida
Hepatitis B Inmunización:	Fecha:	☐ Desconocida

Historia familiar

Relación	¿Viva o fallecida?	Enumere cualquier enfermedad hereditaria, enfermedad crónica o causa de muerte.
Madre		
Padre		
abuelo paterno		
abuela paterna		
Abuelo materno		
Abuela materno		
hermanos		
hermanas		
hijos		
Hijas		

Historial social

Estado civil: ☐ Soltera ☐ Casada ☐ Viuda ☐ Divorciada

¿Cuál considera usted que es su nivel de estrés? ☐ Bajo ☐ Medio ☐ Alta

¿Tiene antecedentes familiares de problemas médicos, mentales o hereditarios? ☐ Si ☐ No

Por favor enumere: _____

¿Ha viajado fuera de los EE. UU. en los últimos tres años? ☐ Si ☐ No

¿Dónde y cuándo? _____

¿Tiene usted un testamento vital? ☐ Si ☐ No

¿Está su tiempo bien equilibrado entre su trabajo, su familia y sus aficiones? ☐Si ☐No

¿Usáis cinturones de seguridad? ☐Siempre ☐Generalmente ☐Ocasionalmente ☐Nunca

Si usted monta en bicicleta o motocicleta, ¿usa casco? ☐Si ☐No

¿Sufre usted de caídas frecuentes? ☐Si ☐No

Si hay un arma en su casa, ¿está fuera del alcance de los niños y descargada? ☐Si ☐No

Si eres mujer, ¿te realizas un autoexamen de mamas mensualmente? ☐Si ☐No

Si eres hombre, ¿te haces un autoexamen testicular mensualmente? ☐Si ☐No

¿Practicas sexo seguro? ☐Si ☐No

¿Has consumido drogas ilegales? ☐Si ☐No

¿Cómo describirías tu ingesta alimentaria? _____

¿Cuántas tazas de café o bebidas con cafeína bebe al día? _____

¿Qué actividad física o ejercicio (si realiza alguno) realiza y con qué frecuencia? _____

¿Fuma usted? ☐Ahora ☐Pasado ☐Nunca

Si es así, ¿cuántas por día y por cuánto tiempo? _____

¿Cuánto alcohol bebes? _____ por día _____ por semana

Si es así, ¿cuántas veces durante el último mes ha consumido más de 4 bebidas alcohólicas en un día?

¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas? Marque con un círculo todos los que correspondan:

- Pérdida de interés en cosas que solía disfrutar
- Tristeza crónica
- Problemas para concentrarse/tomar decisiones
- Inquietud/Incapacidad para permanecer quieto
- Desesperanza

- Pensamientos de muerte/suicidio
- Sentimientos de inutilidad, culpa
- Pérdida de energía/agotamiento
- Cambios en el apetito.

Otra: _____

Sólo para mujeres

Último período menstrual: _____ Duración del período: _____

Método anticonceptivo: _____

Última prueba de Papanicolaou: _____

Proveedora _____ Telefono # _____

Última mamografía: _____

Proveedor del pedido: _____ Telefono #: _____

¿Estás experimentando o estás activamente en la menopausia? Si o No

Último Embarazo: _____

¿Alguna vez has tenido algún aborto espontáneo? Si o No ... Si es así, cuántas _____.

¿Nacimientos vivos? Si o No ... Si es así, cuántas _____.

¿Terminaciones? Si o No ... Si es así, cuántas _____.