

FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS PARA PACIENTE NUEVO ADULTO



INFORMACIÓN BÁSICA	
NOMBRE	FECHA DE HOY
FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL CASADO(A) SOLTERO(A) DIVORCIADO(A) VIUDO(A)
ESTATUS LABORAL / OCUPACIÓN	FARMACIA DE SU PREFERENCIA
SEXO AL NACER HOMBRE MUJER	IDENTIDAD DE GÉNERO (ejemplos: hombre, mujer, transgénero, género neutro, no binario, etc.)
ESPECIALISTAS / OTROS PROVEEDORES DE CUIDADOS	

CIRUGÍA (incluyendo cualquier cirugía del ojo u oído y procedimientos de histerectomía o senos)

INCLUYA TODAS LAS CIRUGÍAS Y LOS AÑOS (anotaciones en el lado izquierdo o derecho si corresponde)

PROBLEMAS MÉDICOS ACTUALES Y PASADOS (marque con un círculo y describa)

CARDIOVASCULAR	OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA	ENDOCRINO
HIPERTENSIÓN	CATARATAS	ENFERMEDAD DE LA TIROIDES BAJA ALTA
COLESTEROL ALTO	GLAUCOMA	DIABETES
ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA	PROBLEMAS DE AUDICIÓN	OSTEOPOROSIS
ANTECEDENTES DE COÁGULOS SANGUÍNEOS	SINUSITIS, ALERGIAS	SIN PROBLEMAS
ANTECEDENTES DE TRASTORNO DEL RITMO CARDÍACO (describa)	IMPLANTES, PRÓTESIS DENTALES	
ENFERMEDAD CARDÍACA (describa)	PROBLEMAS DE VISIÓN (describa)	
SIN PROBLEMAS	SIN PROBLEMAS	
	ENFERMEDAD INFECCIOSA	NEUROPSIQUIÁTRICO
GASTROINTESTINAL	ANTECEDENTES DE VARICELA / HERPES	ANSIEDAD
REFLUJO GASTROESOFÁGICO	ANTECEDENTES DE TUBERCULOSIS	DEPRESIÓN
DIVERTICULOSIS	VIH	BIPOLARIDAD
PÓLIPOS EN EL COLON	HEPATITIS A B C	CONVULSIONES
HEMORROIDES	ANTECEDENTES DE SARM	PROBLEMAS DE MEMORIA / DEMENCIA
ENFERMEDAD HEPÁTICA (describa)	SIN PROBLEMAS	MIGRAÑA
		NEUROPATÍA
ENFERMEDAD INTESTINAL (describa)	PULMONAR	ESQUIZOFRENIA
SIN PROBLEMAS	ASMA	ANTECEDENTES DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
	EPOC / ENFISEMA	OTRO TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO (describa)
	APNEA DEL SUEÑO	SIN PROBLEMAS
GENITOURINARIO	SIN PROBLEMAS	CÁNCER
INFECCIÓN RECURRENTE DEL TRACTO URINARIO		TIPO / UBICACIÓN
INCONTINENCIA URINARIA	REUMATOLOGÍA	AÑO
AGRANDAMIENTO DE LA PRÓSTATA	ARTRITIS	TRATAMIENTO
PIEDRAS EN LOS RIÑONES	GOTA	CIRUGÍA QUIMIOTERAPIA RADIACIÓN
ENFERMEDAD RENAL (describa)	ARTRITIS REUMATOIDE	ONCÓLOGO
	FIBROMIALGIA	SIN CÁNCER
PADECIMIENTO GINECOLÓGICO (describa)	SIN PROBLEMAS	OTROS PROBLEMAS
SIN PROBLEMAS		INDIQUE POR FAVOR

REVISIÓN DE SÍNTOMAS (marque con un círculo todos los síntomas que ha tenido en los últimos días)

GENERAL	ENDOCRINO	HEMATOLÓGICOS
<p>ESCALOFRÍOS</p> <p>FATIGA</p> <p>FIEBRE</p> <p>SUDORACIÓN NOCTURNA</p> <p>PÉRDIDA / AUMENTO DE PESO</p>	<p>INTOLERANCIA AL FRÍO</p> <p>SED EXCESIVA</p> <p>PÉRDIDA DE CABELLO</p> <p>INTOLERANCIA AL CALOR</p>	<p>PROBLEMAS DE HEMORRAGIAS</p> <p>PROPENSIÓN A HEMATOMAS</p>
<p>NEUROLÓGICOS</p> <p>DIFICULTAD PARA HABLAR</p> <p>DESMAYOS</p> <p>ATAQUE AL CORAZÓN</p> <p>DEBILIDAD</p> <p>PÉRDIDA DE MEMORIA</p> <p>CONVULSIONES</p> <p>HORMIGUEO / ADORMECIMIENTO</p> <p>TEMBLORES</p>	<p>RESPIRATORIOS</p> <p>TOS</p> <p>DIFICULTAD PARA RESPIRAR</p> <p>SIBILANCIAS</p>	<p>PIEL</p> <p>DECOLORACIÓN</p> <p>COMEZÓN</p> <p>CAMBIOS EN LUNARES O MANCHAS</p> <p>SARPULLIDO</p>
<p>PSICOLÓGICAS</p> <p>ANSIEDAD</p> <p>DEPRESIÓN</p> <p>DIFICULTAD PARA DORMIR</p> <p>ABUSO MENTAL O FÍSICO</p>	<p>CARDIOVASCULARES</p> <p>DOLOR EN EL PECHO</p> <p>DOLOR EN LAS PIERNAS AL CAMINAR</p> <p>ACUMULACIÓN DE FLUIDOS EN LAS PIERNAS</p> <p>DIFICULTAD PARA RESPIRAR AL ESTAR ACOSTADO</p> <p>PALPITACIONES</p>	<p>URINARIOS</p> <p>SANGRE EN LA ORINA</p> <p>DIFICULTAD PARA ORINAR</p> <p>PROBLEMAS RENALES</p> <p>MICCIÓN DOLOROSA</p>
<p>OJOS</p> <p>VISIÓN BORROSA</p> <p>DOLOR EN LOS OJOS</p>	<p>GASTROINTESTINALES</p> <p>DOLOR ABDOMINAL</p> <p>SANGRE EN HECES</p> <p>CONSTIPACIÓN</p> <p>DIARREA</p> <p>ACIDEZ ESTOMACAL</p> <p>NÁUSEAS</p> <p>VÓMITO</p>	<p>PECHO</p> <p>ABULTAMIENTO</p> <p>DOLOR</p> <p>SECRECIÓN EN PEZONES</p> <p>CAMBIOS EN LA PIEL</p>
<p>OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA</p> <p>FLUJO NASAL</p> <p>CONGESTIÓN</p> <p>DIFICULTAD PARA TRAGAR</p> <p>DOLOR DE OÍDO</p> <p>ZUMBIDO EN LOS OÍDOS</p> <p>RONQUIDOS</p> <p>DOLOR DE GARGANTA</p>	<p>ÓSEO MUSCULARES</p> <p>DOLOR MUSCULAR</p> <p>DOLOR EN ARTICULACIONES</p> <p>INFLAMACIÓN DE LAS ARTICULACIONES</p>	<p>MUJERES</p> <p>DOLOR EN LA PELVIS</p> <p>SÍNTOMAS DE MENOPAUSIA</p> <p>SARPULLIDO / LLAGAS EN GENITALES</p> <p>MENSTRUACIÓN IRREGULAR</p> <p>COMEZÓN / SECRECIÓN VAGINAL</p>
	<p>ALERGIAS / INMUNOLOGÍA</p> <p>DEFICIENCIA INMUNOLÓGICA</p> <p>ALERGIAS ESTACIONALES</p>	<p>HOMBRES</p> <p>DISFUNCIÓN ERÉCTIL</p> <p>SECRECIÓN EN EL PENE</p> <p>SARPULLIDO / LLAGAS EN GENITALES</p>
		<p>OTROS</p>

ANTECEDENTES FAMILIARES (indique los principales problemas de salud de parientes consanguíneos, si los conoce. Si fallecieron, indique la edad que tenían al fallecer).

MADRE	PADRE
HERMANOS	HIJO(A)
ABUELOS	TÍOS

MARQUE SI SUS ANTECEDENTES FAMILIARES SON DESCONOCIDOS DEBIDO A ADOPCIÓN U OTRAS CIRCUNSTANCIAS.

ANTECEDENTES SOCIALES (marque con un círculo e incluya detalles)

TABAQUISMO (cantidad de paquetes al día)	¿CON QUIÉN VIVE?
CIGARRO ELECTRÓNICO / NARGUILE / VAPOR	SIGUE UNA DIETA ESPECIAL SÍ / NO
RAPÉ / TABACO PARA MASTICAR (cantidad de latas al día)	¿HACE EJERCICIO?
ALCOHOL (cantidad por semana)	¿DUERME BIEN?
DROGAS ILEGALES: MARIJUANA / CANNABIDIOL / KRATOM (indique otras)	TIENE: DIRECTIVAS ANTICIPADAS / TESTAMENTO / PODER LEGAL DURADERO

ANTECEDENTES SEXUALES / REPRODUCTIVOS (Responda las preguntas basándose en su sexo al nacer).

NÚMERO DE HIJOS BIOLÓGICOS: ¿UTILIZA ALGÚN TIPO DE ANTICONCEPTIVO? **SÍ / NO**
 NUMERO DE HIJOS ADOPTADOS: *SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUÉ TIPO?*
 ¿ACTUALMENTE ES ACTIVO(A) SEXUALMENTE? **SÍ / NO** ¿HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL? **SÍ / NO**
SUS PADRES SON: HOMBRES / MUJERES / AMBOS *SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿CUÁL?:* HERPES / GONORREA / CLAMIDIASIS / VIH / VERRUGAS GENITALES / SÍFILIS / TRICONOMAS
 ¿CUÁNTAS PAREJAS SEXUALES TUVO EN EL ÚLTIMO AÑO?

MUJERES

¿TIENE MENSTRUACIÓN? **SÍ / NO** NÚMERO DE CESÁREAS:
 PRIMER DÍA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: *¿MOTIVO?*
 DURACIÓN DE LA MENSTRUACIÓN: NÚMERO DE ABORTOS ESPONTÁNEOS:
 ¿CON QUÉ FRECUENCIA MENSTRUÁ? NÚMERO DE BEBÉS NACIDOS MUERTOS:
 ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO UN FROTIS DE PAPANICOLAU ANORMAL? **SÍ / NO** NÚMERO DE ABORTOS:
SI RESPONDE SÍ, ¿CUÁNDO Y CUÁL FUE EL RESULTADO? NÚMERO DE EMBARAZOS TUBÁRICOS / ECTÓPICOS:
 ¿CUÁNTAS VECES HA ESTADO EMBARAZADA? ¿ALGÚN PROBLEMA CON EMBARAZOS O PARTOS?
 NÚMERO DE PARTOS NATURALES: ¿ALGÚN PROBLEMA POR DEPRESIÓN POSTPARTO?

HOMBRES

¿ALGUNA VEZ LE HAN DIAGNOSTICADO UN PROBLEMA CON LA PRÓSTATA O LE HAN HECHO UNA BIOPSIA EN LA PRÓSTATA?
 ¿TIENE ACTUALMENTE PROBLEMAS PARA INICIAR, DETENER O MANTENER EL FLUJO URINARIO?
 ¿TIENE ANTECEDENTES DE PROBLEMAS DE TESTOSTERONA O TESTICULARES?

CALENDARIO DE CUIDADOS PREVENTIVOS PRIMARIOS

VACUNACIONES	FECHA	MUJERES	FECHA	HOMBRES	FECHA
TÉTANOS		COLONOSCOPIA		COLONOSCOPIA	
INFLUENZA		PRUEBA DE PAPANICOLAU / VPH		EXAMEN DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA	
NEUMONÍA 13		MAMOGRAFÍA			
NEUMONÍA 23		DENSIDAD ÓSEA			
HERPES					
VPH		¿CUÁNDO FUE SU ÚLTIMO EXAMEN DENTAL?			
COVID		¿CUÁNDO FUE SU ÚLTIMO EXAMEN OCULAR?			
HEPATITIS B					

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS ACTUALES (incluya dosis y frecuencia) ESCRIBA AL REVERSO SI ES NECESARIO.	ALERGIAS A MEDICAMENTOS
INCLUYA cualquier equipo médico duradero como Oxígeno, CPAP, BIPAP, etc.	