

Historial Medico

de Seguro Social _____
 # de Record Medico _____
 Nombre de el Paciente _____
 Direccion _____ Fecha de Nacimiento _____ M/ F _____ Estado Civil _____
 Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ Ocupacion _____
 # de Telefono _____ #Telefono de Trabajo _____
 Nombre de Aseguranza _____ #ID _____ # Grupo _____ # De Telephone _____

Ingresos Hospitalarios y Enfermedades Cronicas:

Año	Enfermedad / Cirujia	Año	Enfermedad / Cirujia
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Año de la ultima vacuna y/o prueba

Tetano _____	Rectal / Fecal _____	Influenza (Gripe) _____
Hepatitis A _____	Prueba de Tuberculosis _____	Hepatitis B _____
Prueba de PSA _____	_____	Colesterol _____
Examen Dental _____	Colonoscopia _____	Otro _____
	Examen Visual _____	Neumonia _____

Lista de todos los medicamentos que esta tomando actualmente: *(Por favor incluya cualquier medicamento de venta libre, vitaminas, suplementos).*

Lista de Alergias

Historial Medico: *(Por favor marque todo lo que corresponda)*

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Disminucion Auditiva | <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Zumbido en los Oidos | <input type="checkbox"/> Agruras <input type="checkbox"/> Ulcera peptica | <input type="checkbox"/> Dolor de pies <input type="checkbox"/> Gota (hacido urico elevado) |
| <input type="checkbox"/> Infeccion en los Oidos - Frecuente | <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal- cronico | <input type="checkbox"/> Sarpullido <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Problemas de la vesicula biliar | <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Eczema |
| <input type="checkbox"/> Perdida de la Vista | <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Dificultad concentrandose o para dormir |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos | <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Constipacion | <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Nerviosismo |
| <input type="checkbox"/> Vision doble o borrosa | <input type="checkbox"/> Diverticulosis <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Agitacion <input type="checkbox"/> Perdida de memoria |
| <input type="checkbox"/> Sangrado por la nariz - recurrente | <input type="checkbox"/> Heces con sangre o alquitranadas | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis | <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Fobias <input type="checkbox"/> Enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta- Frecuente | <input type="checkbox"/> Victima de abuso | <input type="checkbox"/> Sentimientos de insignificancia |
| <input type="checkbox"/> Ronquera – prolongada | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmision sexual | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> SIDA / VIH <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> paperas |
| <input type="checkbox"/> Neumonia / pleuresia | <input type="checkbox"/> Perdida de peso <input type="checkbox"/> Aumento de peso | <input type="checkbox"/> Sarampion <input type="checkbox"/> Sarampion aleman |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis / tos cronica | <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C u otro |
| <input type="checkbox"/> Asma / silbido al respirar | <input type="checkbox"/> Transfucion de sangre | <u>Problemas para orinar</u> |
| <input type="checkbox"/> Dificultad al respirar: | <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Fatiga cronica | <input type="checkbox"/> Noche > dos veces |
| <input type="checkbox"/> Haciendo fuerza <input type="checkbox"/> recostado | <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> Mas de 8 veces / 24 horas |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho | <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Embolia | <input type="checkbox"/> Urgencia para orinar |
| <input type="checkbox"/> Murmullo en el Corazon | <input type="checkbox"/> Manos temblorosas | <input type="checkbox"/> Disminucion de fuerza al orinar/ flujo doloroso |
| <input type="checkbox"/> Tobillos inchados | <input type="checkbox"/> Entumecimiento / Hormigueo | <input type="checkbox"/> Incontinencia de esfuerzo- con la perdida de orina |
| <input type="checkbox"/> Pulso irregular <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Piedras en los riñones <input type="checkbox"/> infecciones de orina frecuente |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las piernas- al caminar | <input type="checkbox"/> Artritis / Reumatismo | |
| <input type="checkbox"/> Varices/ flebitis | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda - recurrente | |
| <input type="checkbox"/> Pies entumidos | <input type="checkbox"/> Fractura de hueso / Lesiones en las articulaciones | |
| <input type="checkbox"/> Perdida de apetito | | |

DESERT SENITA

COMMUNITY HEALTH CENTER

Quality, Local, Affordable Health Care for All

Por favor, Ponga la cantidad diaria

Alcohol _____ Cafe _____
 Fuma _____ paquetes por dia
 _____ años

Años de no fumar _____

Ejercicio _____

Drogas _____

Tatuajes Perforaciones

Perdida de cabello Progresiva

Reciente

Mujeres – Por Favor de Completar

Flujo Menstrual:

Reg Irreg Dolor / Colicos

Dias de Flujo _____

Duracion de el ciclo ____

Dolor / sangrado durante o depues del
 sexo

Numero de embarazos:

Embarazos _____ Abortos _____

Vivo _____

Metodo Anticonceptivo:

Sofocos Menopausia

Fecha de la ultima

papanicolau _____

Normal Anormal

Examen de pechos autoexamen de
 mama

Fecha de mamografia _____

Normal Anormal

Hombres- Por Favor de Completar

Ultimo examen

testicular _____

Autoexamen testicular

secrecion del pene

Historial Familiar: Coloque la relación de el miembro de la familia en la línea a la derecha del término médico.

1. Epilepsia _____

2. Migraña _____

3. Enfermedad Mental _____

4. Glaucoma _____

5. Diabetes _____

6. Enfermedad de tiroides _____

7. Fiebre del heno _____

8. Ashma _____

9. Anemia _____

10. Sangra Facilmente _____

11. Osteoporosis _____

12. Artritis _____

13. Enfermedades del corazon _____

14. Embolia _____

15. Hipertension _____

16. Colesterol _____

17. Alcolismo _____

18. Hepatitis _____

19. Cancer (tipo) _____

20. Alzheimer's _____

21. Lupus _____

22. Otros _____

Por Favor, añada cualquier informacion adiccional que ayudara a su proveedor con su tratamiento medico.

Por favor seleccione

¿Tiene un testament vital?.....SI NO

¿Necesita información sobre testamento vital?SI NO

Firma de el Proveedor _____ Fecha _____

Firma de el Proveedor _____ Fecha _____

Firma de el Paciente _____ Fecha _____