

HISTORIAL DE SALUD DEL ADULTO

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	Fecha:
Razón principal para su visita de hoy:			
¿Dónde recibía atención MÉDICA? (médico/proveedor de salud anterior):			
¿Dónde recibía atención DENTAL? (dentista anterior):			
En las últimas dos semanas le ha molestado: ¿Poco interés o placer en hacer cosas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se siente mal, deprimido o desesperado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Verificación de síntomas: Marque la casilla (✓) y / o circule cualquier síntoma persistente que ha tenido en los últimos meses. Lea cada sección y marque la casilla "ningún problema" si no ha tenido ninguno de los síntomas mencionado. Anote cualquier síntoma.			
General	Respiratorio	Gastrointestinal	Psiquiatría
<input type="checkbox"/> Inexplicable pérdida / aumento de peso <input type="checkbox"/> Inexplicable fatiga / debilidad <input type="checkbox"/> Se duerme durante el día mientras está sentado (a) <input type="checkbox"/> Fiebre, escalofríos <input type="checkbox"/> Ningún problema	<input type="checkbox"/> Alteración respiratoria durante el sueño <input type="checkbox"/> Tos que produce sangre <input type="checkbox"/> Tos / sibilancias <input type="checkbox"/> Ronquidos fuertes <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar cuando se esfuerza <input type="checkbox"/> Ningún problema	<input type="checkbox"/> Acidez / reflujo / indigestión <input type="checkbox"/> Sangre o cambio en el movimiento intestinal <input type="checkbox"/> Constipación <input type="checkbox"/> Ningún problema	<input type="checkbox"/> Ansiedad / estrés <input type="checkbox"/> Problemas de sueño <input type="checkbox"/> Falta de concentración <input type="checkbox"/> Ningún problema
Piel	Hematológico / Linfático	Ojos	Alergia / Inmunológico
<input type="checkbox"/> Nuevo o cambio en un lunar <input type="checkbox"/> Sarpullido / picazón <input type="checkbox"/> Ningún problema	<input type="checkbox"/> Ganglios inflamados <input type="checkbox"/> Hematomas con facilidad <input type="checkbox"/> Ningún problema	<input type="checkbox"/> Cambios en la visión <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos / enrojecimiento <input type="checkbox"/> Ningún problema	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno / alergias <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes <input type="checkbox"/> Sistema inmunológico débil <input type="checkbox"/> Ningún problema
Neurológico	Genitourinario	Oídos / Nariz / Garganta	Mujeres Únicamente
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria <input type="checkbox"/> Desmayos / mareos <input type="checkbox"/> Entumecimiento / hormigueo <input type="checkbox"/> Andado inestable <input type="checkbox"/> Caídas frecuentes <input type="checkbox"/> Ningún problema	<input type="checkbox"/> Goteo de orina <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Orinar de noche o aumento en la frecuencia <input type="checkbox"/> Secreción; pene o vagina <input type="checkbox"/> Preocupación con la función sexual <input type="checkbox"/> Ningún problema	<input type="checkbox"/> Hemorragia nasal <input type="checkbox"/> Problemas para tragar <input type="checkbox"/> Dolor de garganta frecuente <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Pérdida de audición <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos <input type="checkbox"/> Ningún problema	<input type="checkbox"/> Síntomas pre-menstruales (hinchazón, cólico, irritabilidad) <input type="checkbox"/> Problemas con periodos menstruales <input type="checkbox"/> Bochornos <input type="checkbox"/> Sudoraciones nocturnas <input type="checkbox"/> Ningún problema
Cardiovascular	Musculo esquelético	Endocrino	Senos / Mama
<input type="checkbox"/> Dolor / malestar de pecho/tórax <input type="checkbox"/> Palpitaciones (latidos cardiacos rápidos o irregulares) <input type="checkbox"/> Ningún problema	<input type="checkbox"/> Dolor de cuello <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Dolor muscular / articular <input type="checkbox"/> Ningún problema	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor a al frío <input type="checkbox"/> Ningún problema	<input type="checkbox"/> Nódulo en la mama o dolor <input type="checkbox"/> Secreción del pezón <input type="checkbox"/> Ningún problema

Por favor anote (o muestre sus propios registros impresos) todos los medicamentos, con o sin receta, vitaminas, remedios caseros, pastillas anticonceptivas, hierbas, inhaladores, etc.

NO TOMA MEDICAMENTOS Historia de medicamentos anticoagulantes Quimioterapia actual o pasada
 Historia de terapia con esteroides Historia de terapia con aspirina Historia de medicamentos para la osteoporosis

MEDICAMENTOS	DOSIS (por ej. mg/píldora)	¿CUÁNTAS VECES POR DÍA?	MEDICAMENTOS	DOSIS (por ej. mg/píldora)	¿CUÁNTAS VECES POR DÍA?

ALERGIAS O INTOLERANCIAS A MEDICAMENTOS:

¿Es usted alérgico a lo siguiente?

 NingunoLátex Sí No No séMetales Sí No No séAnestesia local Sí No No séYodo Sí No No séIbuprofeno Sí No No séSulfa/Sulfito Sí No No séCodeína Sí No No séAspirina Sí No No séPenicilina Sí No No séOtros ANTIBIÓTICOS Sí No No séOtro _____**ANTECEDENTE MÉDICO: ¿Tiene ahora (actual) o ha tenido (pasado) cualquiera de las siguientes condiciones?**

CONDICION	ACTUAL	PASADO	CONDICION	ACTUAL	PASADO
Abuso de alcohol / drogas			Enfermedad cardíaca		
Ansiedad			Reemplazo de válvula del corazón		
Artritis			Presión arterial alta		
Asma / EPOC / enfermedad pulmonar			Colesterol alto		
Trastorno hemorrágico			VIH / SIDA		
Cáncer de mama			Reemplazo de articulación - ¿Cuándo?		
Cáncer de colon			Enfermedad / falla renal (crónica)		
Cáncer cervical			Enfermedad hepática / cirrosis		
Cáncer otro tipo (vea abajo)			Osteoporosis (vea abajo)		
Metahemoglobinemia congénita			Terapia de radiación		
Depresión			Fiebre reumática		
Diabetes			Convulsiones / epilepsia		
¿Tiene tuberculosis activa?			Apnea del sueño		
Reflujo gastroesofágico (acidez)			Ataque cardíaco / infarto		
Glaucoma			Enfermedad de la tiroides		

Historial quirúrgico incluyendo esterilización (histerectomía, ligadura de trompas, vasectomía): (enliste el tipo de cirugía y fecha)

Si tiene osteoporosis:

¿Está tomando o tiene programado comenzar a tomar cualquiera de los siguientes medicamentos, Aledronato (Fosomax) o Risedronato (Actonel) para la osteoporosis? Sí No

Si tiene o ha tenido cáncer:

Desde el 2011, ¿se ha tratado o está actualmente programado para comenzar tratamiento de bisfosfonatos intravenosos (Areida o Zometa) para el dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico? Sí No

ANTECEDENTES FAMILIARES – indique cuál de sus parientes ha tenido la siguiente enfermedad (padres y hermanos son más importantes)¿Es adoptado o no conoce de su historia familiar? Sí No

Enfermedad	Madre	Padre	Hermanos	Enfermedad	Madre	Padre	Hermanos	Enfermedad	Madre	Padre	Hermanos
No se sabe nada significativa				Cáncer de ovario / cervical				Alta presión arterial / Hipertensión			
Abuso de alcohol / drogas				Cáncer de próstata				Colesterol alto			
Alzheimer / demencia				Cáncer de otro tipo				Hipotiroidismo/enfermedad de la tiroides			
Enfermedad autoinmune				Depresión / suicidio / ansiedad				Enfermedad renal (riñón)			
Cáncer de mama				Diabetes				Osteoporosis			
Cáncer del colon				Enfermedad del corazón				Ataque cardíaco / ACV			

OTROS PROBLEMAS DE SALUD

<p>Uso de tabaco: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nunca Fecha que dejo de fumar _____ ¿Aproximadamente cuantos paquetes al día? _____ # de años: _____ <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Rapé <input type="checkbox"/> Tabaco de mascar <input type="checkbox"/> Cigarros electrónicos <input type="checkbox"/> Cigarros</p>	<p>Consumo de alcohol: ¿Bebe alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No # de bebidas por semana _____ ¿Es problema para usted o los demás el consumo del alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Seguridad: <input type="checkbox"/> me niego a responder ¿Utiliza casco de bicicleta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Siempre utiliza los cinturones de seguridad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿tiene detector de humo en su hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si tiene armas en su casa, ¿están bajo llave? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se siente seguro en su hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Uso de sustancias: ¿Usa drogas recreacionales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha utilizado agujas para inyectarse drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Salud Reproductiva y Sexual: ¿Está utilizando método anticonceptivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Estas planeando tener niños este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Le gustaría hablar acerca de los diferentes métodos anticonceptivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Sexualmente activo en los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Con quien ha tenido relaciones sexuales: <input type="checkbox"/> hombres <input type="checkbox"/> mujeres <input type="checkbox"/> ambos sexos <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> rehusó contestar ¿Ha tenido infecciones transmitidas sexualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Alguna vez has intercambiado o negociado sexo por dinero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Historial de salud de la mujer: Cuantos embarazos: _____ Cuantos partos: _____ Edad en que inicio su menstruación: _____ Edad en que tuvo su última menstruación: _____ <input type="checkbox"/> N/A ¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de parto: _____</p>
<p>Apoyo social: Nombre de esposo/a o pareja: _____ Cuantos hijos: _____ ¿Quién vive con usted? _____ Edades si son menores de 18 años: _____</p>	
<p>¿Ha completado una directiva anticipada para la atención de salud, testamento vital o POLST (órdenes para el tratamiento del sostenimiento de vida)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, ¿nos ha proporcionado una copia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Nivel de educación: Grado más alto completado: _____</p>	

ANTECEDENTES DENTALES / ORALES			
¿Sus dientes son sensibles a lo frío, caliente, dulce, o al picarlos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	¿Le suena o tiene molestias en la mandíbula?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
¿Tiene dolor o malestar dental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	¿Aprieta o rechina los dientes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
¿Tiene alguna perforación o joyas orales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	Hábitos orales (morder uñas, apretar / tensionar mandíbula, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
¿Padece de boca seca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	¿Tiene llagas o úlceras en la boca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
¿Ha tenido algún tratamiento periodontal (encías)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	¿Alguna vez ha tenido tratamiento de ortodoncia (frenos)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
¿Se blanquea los dientes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	¿Utiliza protector bucal al practicar deportes de contacto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
¿Ha tenido problemas asociados con tratamientos dentales en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o boca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
¿Cuántas veces se cepilla los dientes al día?		¿Cuántas veces usa hilo dental al día?	
¿Qué le parece su sonrisa?			
¿Bebe agua embotellada o filtrada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé			
Si afirmativo, ¿con que frecuencia? Circule uno: A diario Cada semana Ocasional			
Fecha de su último examen dental: _____ <input type="checkbox"/> No sé		Fecha de la última radiografía dental : _____	
¿Qué le hicieron en esa cita? _____ <input type="checkbox"/> No sé		<input type="checkbox"/> No sé	
¿Algún médico o dentista le ha recomendado tomar antibióticos antes de un tratamiento dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé			
Nombre del médico o dentista que le dio esa recomendación: _____ <input type="checkbox"/> No sé			
_____		_____	
Firma		Fecha	