
Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

HRN

Identidad de Género M Transgénero M
 F Transgénero F

Antecedentes médicos de adultos (más de 18 años)

Importante: Esta información es confidencial y será revisada por el proveedor. La información se utilizará para actualizar su ficha médica.

SALUD GENERAL

Sí No

¿Su salud general es buena? Si responde NO, explique _____

¿Su salud ha experimentado algún cambio en el último año? Si responde Sí, explique _____

¿Ha concurrido al hospital o a la sala de emergencias o ha presentado una enfermedad grave en los últimos tres años? Si responde Sí, explique _____

¿Tiene alguna Directiva Anticipada?

¿Cómo se enteró de nosotros? _____ Ubicación de la farmacia _____

MEDICAMENTOS – Indique todos los medicamentos que toma y las dosis correspondientes, ya sean recetados o de venta libre.

Ninguno

Medicamento	Dosis	Medicamento	Dosis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Si usted es transgénero, ¿está tomando hormonas ahora? Sí No Si responde Sí, ¿cuál es el régimen?

Nombre _____ FDN _____ HRN _____

ALERGIAS – ¿Es alérgico o ha sufrido alguna reacción alérgica a alguno de los siguientes productos? Marque todos los que correspondan.

- Alimentos (por ejemplo mariscos, nueces, etc.) Si respondió Sí, ¿a cuáles? _____
- Medicamentos (como antibióticos o analgésicos) Si respondió Sí, ¿a cuál? _____
- Látex
- Animales
- Anestesia local
- ¿Tiene alguna otra alergia que quiera contarnos? Si respondió Sí, ¿a qué? _____

ENFERMEDAD/LESIÓN – Marque SÍ o NO si tuvo las enfermedades indicadas a continuación.

- | | | |
|--|--|--|
| <p>Sí No</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho/opresión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antecedentes de soplo cardíaco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ACV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cálculos biliares | <p>Sí No</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pap anormal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cálculos renales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemorragia o dolor abdominal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indigestión, GERD o inflamación del tracto digestivo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Úlceras pépticas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problema de tiroides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares/asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Falta de aire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accidentes/huesos rotos | <p>Sí No</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Migrañas/dolores de cabeza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bipolar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Personalidad Borderline <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TDAH/TDD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Síndrome de estrés posttraumático <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pensamiento suicida |
|--|--|--|

CIRUGÍAS – Indique todas las cirugías u hospitalizaciones a las que estuvo sometido.

CIRUGÍA:	Fecha y lugar de la cirugía:	Complicaciones:
HOSPITALIZACIÓN:	Fecha y lugar de la hospitalización:	Motivo del ingreso:

Nombre _____

FDN _____

HRN _____

ANTECEDENTES FAMILIARES – ¿Alguno de sus familiares/parientes de sangre ha padecido alguna de las siguientes afecciones? (Marque todas las que correspondan.)

- | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Sí | No | | Sí | No | | Sí | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas mental/emocional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis/problemas hepáticos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problema con alcohol/drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades hereditarias |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Talasemia o anemia drepanocítica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problema gastrointestinal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cardiopatías congénitas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis o problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problema renal o urinario |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Accidente cardiovascular | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otras _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer | | | | | | |

SALUD DE LA MUJER – Responda las preguntas que son pertinentes en su caso.

- | | |
|--|---|
| Edad de primera menstruación _____ | ¿Toma hormonas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Fecha de inicio del último período _____ | Último Pap _____ |
| ¿Cuántos días duran sus períodos? _____ | Última mamografía _____ |
| ¿Cuántos embarazos? _____ | Tiene algún problema de la salud de la mujer? _____ |
| ¿Está amamantando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

SALUD REPRODUCTIVA

- ¿Le interesa hablar sobre métodos anticonceptivos con su proveedor? Sí No
- Método anticonceptivo que utiliza ahora O ha utilizado en el pasado (marque todos los que corresponden):
- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Parche | <input type="checkbox"/> Esponja vaginal | <input type="checkbox"/> Retiro |
| <input type="checkbox"/> Pastilla | <input type="checkbox"/> Diafragma | <input type="checkbox"/> Método del ritmo | <input type="checkbox"/> Ligamiento de trompas |
| <input type="checkbox"/> Norplant | <input type="checkbox"/> Abstinencia | <input type="checkbox"/> DMPA (Depo) | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Condón | <input type="checkbox"/> Vasectomía | <input type="checkbox"/> IUD o IUS | |

ANTECEDENTES SOCIALES

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|
| Sí | No | | Sí | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ejercita regularmente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Toma más de 1 o 2 bebidas alcohólicas por día? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Siente que come alimentos saludables? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene antecedentes de abuso de sustancias? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene las vacunas al día? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | En el pasado, ¿alguien lo lastimó? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Fuma, vapea o usa tabaco? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene riesgo de contraer VIH? |

¿Necesita ayuda para realizar las siguientes actividades cotidianas?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cocinar | <input type="checkbox"/> Vestirse | <input type="checkbox"/> Tomar los medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Hacer las compras | <input type="checkbox"/> Ir al baño | <input type="checkbox"/> Aplicarse inyecciones |
| <input type="checkbox"/> Levantarse/acostarse | <input type="checkbox"/> Levantarse de una silla | |

Nombre _____ FDN _____ HRN _____

PREVENCIÓN – Coloque las fechas y lugares de estas vacunas y exámenes.

Última vacuna antitetánica _____

Último análisis de TB _____

Última vacuna contra la neumonía _____

Última colonoscopia _____

La información que precede es correcta a mi leal saber y entender.

POR FAVOR RECUERDE QUE EN ESTE MOMENTO SNAHC NO ACEPTA PACIENTES CON DOLORES CRÓNICOS (es decir, "No hacemos reposiciones de Analgésicos Narcóticos como Norco, Vicodin, Oxycontin, etc.)

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Provider Name: _____ Signature: _____ Review Date: _____

Nombre _____

FDN _____

HRN _____