

NORTHEAST HEALTH DISTRICT • HEALTH HISTORY FORM

PATIENT LABEL HERE

DATE _____

Alergias:

ALERGIAS A MEDICINAS (por favor liste): _____

OTROS: Latex Cinta Adhesiva Yodo Comida Otro _____

Historial Médico Familiar:

Por favor marque si algún miembro de su familia INMEDIATA (madre, padre, hermana, hermano, hijos, abuelos) tienen actualmente o han tenido alguna de las enfermedades mencionadas abajo:

ENFERMEDAD	SI	NO	MIEMBRO FAMILIAR	ENFERMEDAD	SI	NO	MIEMBRO FAMILIAR
Presión Alta				Cáncer			
Derrame Cerebral				Fuma			
Problemas de riñon				Defectos al nacer			
Enfermedades en la sangre				Violencia doméstica o abuso			
Diabetes				Depresión, Bipolar Esquizofrenia			
Problemas de la Tiroide				Alcoholismo			
Ataque al corazón o Problemas de corazón				Uso de drogas			

SU Historial Personal:

Por favor complete lo siguiente: (Marque una X en el espacio apropiado.)

ENFERMEDAD	SI	NO	COMENTARIOS (Para uso oficial solamente)
1. Hospitalizaciones / Cirugias / Héridas			
2. Enfermedades de Infancia			
3. Varicela			
4. Tuberculosis / Prueba positiva de TB en piel / Sangre			
5. Hepatitis / infección del hígado / mononucleosis			
6. Cabeza / Dolores de cabeza severo			
7. Problemas de visión o ceguera			
8. Infección de oído / Pérdida de audición			
9. Problemas Dentales			
10. Garganta / Sinositis			
11. Problemas de corazón / Dolores de pecho			
12. Presión Alta			
13. Problemas de pulmón / Asma/Enfisema			
14. Estómago o Digestivo			
15. Riñon / Vejiga / Próstata			
16. Infección transmitida sexualmente			
17. Hinchazón en las venas, venas varicosas			
18. Artritis / problemas de espalda / huesos débiles			
19. Anemia / Coágulos de sangre anormales			
20. Cáncer			
21. Diabetes			
22. Tiroide			

ENFERMEDAD	SI	NO	COMENTARIOS: (Para uso oficial solamente)
23. Epilepsias / Derrame cerebral			
24. Depresión / ansiedad			
25. Bipolar / esquizofrenia			
26. Abuso (físico o sexual)			
27. ¿Está tomando algún medicamento?			
28. ¿Fuma o usa tabaco en cualquier forma?			
29. ¿Toma alcohol?			
30. ¿Usa drogas?			
31. ¿Hace ejercicio regularmente?			
32. ¿Usa cinturón de seguridad o portabebe de carro?			
33. ¿Es su trabajo peligroso para su salud?			
34. ¿Es usted sexualmente activo?			
35. ¿Tiene algún problema sexual?			
36. ¿Usa método anticonceptivo?			
37. Tiene problemas con su método anticonceptivo?			
38. Sida			

Edad de su primera relación sexual _____ # de parejas en los últimos 6 meses _____ # de parejas en su vida _____

Para Mujer Solamente:

¿Edad de su primer menstruación _____

Si nació antes de 1971, sabe si su mama tomó una medicina llamada DES? _____

¿Sus menstruaciones son regulares? _____

¿Cuándo fue su último papanicolao? _____

¿Cada cuando tiene su menstruación? _____

¿Fue normal? _____

¿Cuántos días le dura su menstruación? _____ días

¿Alguna vez ha tenido una mamografía? _____

El sangrado es: ligero / moderado / severo (marque uno)

¿Si así es cuándo fue la última? _____ ¿Fue normal? _____

¿Cólicos? ligero / moderado / severo (marque uno)

¿Alguna vez ha tenido lo siguiente?

¿Ha dejado de tener menstruaciones? _____

¿Papanicolao anormal? _____

¿Si así es, cuándo? _____

Cirugias Femeninas (legrados, raspados, etc.?) _____

Número de embarazos _____ Número de hijos _____

Problemas Femeninos sin cirugia (quistes, fibrosis)? _____

Número de perdida de bebe _____ Abortos(s) _____

Problemas de seno (bolitas, deshecho, quistes, etc)? _____

¿Complicaciones con su embarazo? _____

Comentario de uso oficial: _____

¿Alguna otra cosa que nos quiera hacer saber? _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

<i>Reviewed by:</i>	<i>Date:</i>
<i>Updated by:</i>	<i>Date:</i>
<i>Updated by:</i>	<i>Date:</i>
<i>Updated by:</i>	<i>Date:</i>
<i>Updated by:</i>	<i>Date:</i>