

STP CHC's Patient's General Health History Form



Centro de Salud Comunitario Serve the People

Formulario de historial médico del paciente

Según lo exige la ley, nuestra oficina se adhiere a políticas y procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información sobre usted que creamos, recibimos o mantenemos. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se mantendrán confidenciales sujetas a las leyes aplicables. Tenga en cuenta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y puede haber preguntas adicionales sobre su salud. Esta información es vital para permitirnos brindarle la atención adecuada. Esta oficina no utiliza esta información para discriminar.

Fecha de hoy: (MM/DD/AAAA)		Nombre del proveedor de atención primaria (PCP)		# del PCP:	
Apellido del paciente:		Nombre del paciente:		Inicial del Segundo nombre paciente:	Fecha de nacimiento:
Nombre y teléfono de su farmacia principal:			Dirección de la farmacia principal:		
Historial Medico (por favor circule sus respuestas)		¿Se le ha diagnosticado al paciente alguna enfermedad médica? (SI) (NO) *En caso afirmativo, por favor circule las condiciones que tiene el paciente			
SIDA / VIH	Parálisis Cerebral	Cefaleas	Enfermedad respiratoria		
Anemia	Problemas Circulatorios	Soplo Cardiaco	Fiebre reumática		
Artritis, reumatismo	Lesión cardiaca congénita	Infarto	Escarlatina		
Válvulas cardiacas artificiales	Tratamientos con cortisona	Otro problema cardiaco	Dificultad para respirar		
Articulaciones artificiales	Tos que no desaparece	Hemofilia	Erupción cutánea		
Autismo	EPOC	Hepatitis	Apnea del sueño		
**Asma. Si es si, Fecha del último ataque ____/____/____	Toser sangre	Reparación de hernias	Accidente cerebrovascular		
	Válvula cardiaca dañada	Presión arterial alta	Hinchazón de pies o tobillos		
Problemas de espalda	Diabetes. Si es así, resultado de su A1c mas reciente: _____	Nivel de colesterol alto	Trastorno de la tiroides		
Sangrado anormal	Retardo	Enfermedad hepática	Hábito tabáquico (tabaquismo)		
Dependencia química	Síndrome de Down	Enfermedad hepática	Tuberculosis		
Cáncer. Si es así, de que tipo?	Epilepsia / Convulsiones	Esclerosis múltiple	Ulcera		
Quimioterapia	Trauma ocular	Prolapso de válvula mitral	Enfermedades venéreas / de transmisión sexual		
Transfusión de sangre. Si es así, fecha de la última transfusión ____/____/____	Desmayo	Marcapasos	Otro: _____		
	Radioterapia				
*Si está llenando esto para su hijo y su hijo tiene asma, ¿el medicamento del asma está en la oficina de enfermería de la escuela?(SI)(NO)					
¿Cuáles son los desencadenantes del asma de su hijo? Polvo Polen Calor Clima Ejercicio Otro:					
Si está llenando esto para su hijo y su hijo tiene necesidades especiales, ¿Cuáles con las necesidades especiales de su hijo?:					
Antecedentes oculares / del ojo (por favor circule sus respuestas)		¿Se le ha diagnosticado al paciente alguna condición del ojo? (YES) (NO)			
Catarata	Degeneración macular	Traumatismo ocular	Uveítis		
Glaucoma	Giro del ojo (ojo vago)	Desprendimiento de retina	Otro: _____		
Alergias (por favor circule sus respuestas)		¿El paciente es alérgico a algún medicamento o material? (SI) (NO)			
Aspirina	Anestésico local	Yodo	Otro: _____		
Barbitúricos (pastillas para dormir)	Penicilina	Látex			
Codeína	Sulfas	Ninguno. No tengo alergias.			
Medicamentos actuales	¿El paciente está tomando actualmente algún medicamento? (SI) (NO) Esto incluye suplementos naturales, multivitamínicos, suplementos herbales y gotas para los ojos. En caso afirmativo, por favor anote todos los medicamentos que el paciente está tomando.				
Nombre de la medicina	Dosis	Frecuencia	Nombre de la medicina	Dosis	Frecuencia
1.			6.		
2.			7.		
3.			8.		
4.			9.		
5.			10.		

STP CHC's Patient's General Health History Form

Antecedentes quirúrgicos / de cirugía		¿El paciente se ha sometido a alguna cirugía? (SI) (NO) En caso afirmativo, anote la(s) fecha(s) y el (los) tipos de cirugía											
Fecha de la cirugía		Tipo de cirugía					Fecha		Tipo de la cirugía				
1.							4.						
2.							5.						
3.							6.						
Historia quirúrgica ocular / del ojo			¿Se ha sometido el paciente a alguna cirugía ocular (de los ojos)? (SI) (NO) En caso afirmativo, por favor circule el tipo de cirugía ocular / del ojo										
Glaucoma	Catarata	Desprendimiento de retina			Inyecciones en la retina		Laser de retina		Cirugía de párpados		Lasik		
Antecedentes Familiares		¿Algún familiar de primer grado del paciente ha sido diagnosticado con algunas de las siguientes condiciones? (SI) (NO) En caso afirmativo, escriba el miembro de la familia y marque la condición que tiene											
Miembro de la familia (madre, padre, hija/o, abuelos, hermano/a)		DM tipo 1	DM tipo 2	Presión arterial alta	Colesterol alto	Enfermedad cardíaca	Cáncer	Alcoholismo	Glaucoma	Degeneración macular	Catarata	Giro de ojo	Ceguera nocturna
Historial de hospitalización		¿Alguna vez el paciente ha sido hospitalizado? (SI) (NO) <i>En caso afirmativo, anote la(s) fecha(s) y la(s) razón(es) de la(s) hospitalizaciones.</i> <i>Hospitalización = el paciente ingreso al hospital y estuvo allí más de 24 horas</i>											
Fecha de hospitalización Aproximado está bien (Mes / año)		<i>Motivo de la hospitalización</i>					Fecha de hospitalización (Mes / año)		<i>Motivo de la hospitalización</i>				
1.							4.						
2.							5.						
3.							6.						
Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi proveedor médico si yo, o mis hijos menores de edad, tenemos un cambio en la salud. También entiendo la importancia de un historial médico veraz y que mi proveedor y su personal se basaran en esta información para tratarme. Al firmar este formulario, certifico que, a mi leal saber y entender, la información anterior es completa y correcta.													
Nombre del paciente o de la persona que relleno este formulario								Relación con el paciente, si no es el paciente					
Firma del paciente, padre, tutor, o representante personal											Fecha (mm/dd/aaaa)		