

# Historial Médico para Adulto

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
FARMACIA PREFERIDA \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ALÉRGICAS A MEDICINAS:

## HISTORIAL DE CIRUGÍAS Y FECHAS:

Cirugía del Apéndice \_\_\_\_\_ Cirugía del Cólon \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_  
Catarata \_\_\_\_\_ Hernia \_\_\_\_\_ Operación de Amígdalas \_\_\_\_\_ Histerectomía \_\_\_\_\_  
Otra Cirugía \_\_\_\_\_  
# de Embarazos \_\_\_\_\_ Nacimientos Vivos \_\_\_\_\_ Embarazo Malogrado \_\_\_\_\_  
Abortos \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_

## ENFERMEDADES CRÓNICAS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## HISTORIAL SOCIAL:

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo  
Bebe Alcohol? No Si Con que frecuencia? \_\_\_\_\_  
Fuma? No Si  
Cigarros? No Si Cuantos paquetes al día? \_\_\_\_\_ Por cuantos años? \_\_\_\_\_  
Si dejó de fumar – cuando? \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo estuvo fumando? \_\_\_\_\_  
Cuantos paq. al día? \_\_\_\_\_  
Alguna vez ha usado drogas ilícitas? No Si Drogas intravenosas? No Si  
Ha tenido transfusiones de sangre? No Si Cuando? \_\_\_\_\_

## HISTORIAL FAMILIAR:

	Que edad tiene?	Que edad murió?	Enfermedades:
Madre:	_____	_____	_____
Padre:	_____	_____	_____
Hermanos:	_____	_____	_____
Hermanas:	_____	_____	_____

Algún familiar (sanguíneo) ha tenido uno de estos problemas médicos?(Marca y da la relación. Si no aplica, marca N/A)

Embolia \_\_\_\_\_ Epilepsia \_\_\_\_\_ Ataque Cardíaco \_\_\_\_\_ Ataque Nervioso \_\_\_\_\_  
Cancer \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Ulcera Estomacal \_\_\_\_\_ Hipertension \_\_\_\_\_  
Migraña \_\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_\_ Enfermedad del Riñón \_\_\_\_\_ Leucemia \_\_\_\_\_ Artritis \_\_\_\_\_

## ULTIMO DIA DE SU:

1.) Examen de Papanicolau:	_____	5.) Vacuna de Neumonía:	_____
2.) Mamograma:	_____	6.) Vacuna de Influenza (Gripe):	_____
3.) Examen de densidad del los hueso:	_____	7.) Vacuna de Tétano:	_____
4.) Colonoscopia:	_____	8.) Físico:	_____