

**PRIMARY HEALTH SOLUTIONS
HISTORIAL MEDICO-ADULTO**

FECHA: _____ NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

<p>Favor completar el siguiente formulario de salud, para ayudarnos a darle un mejor cuidado.</p> <p>Favor de marcar Su condicion medica aptual y pasada.</p>		<p>Alergias:</p>															
<input type="checkbox"/> Alcoholismo/ drogadiccion <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> coagulos de sangre en las piernas o pulmones <input type="checkbox"/> Cancer _____ <input type="checkbox"/> Depresion <input type="checkbox"/> Diabetes – tipo: _____ <input type="checkbox"/> Epilepsia /combulciones <input type="checkbox"/> Flujo vaginal/ dolor <input type="checkbox"/> Enfermedades y ataques cardiacos <input type="checkbox"/> Hepatitis – tipo: _____	<input type="checkbox"/> presion alta <input type="checkbox"/> Enfermedades renales <input type="checkbox"/> Enfermedades pulmonares <input type="checkbox"/> Problemas mentales <input type="checkbox"/> Migranas <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatoida <input type="checkbox"/> Enfermedad transmitida Sexualmente <input type="checkbox"/> Problemas estomacales <input type="checkbox"/> Paro Cardiaco <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Tiroides _____ <input type="checkbox"/> Ulceras <input type="checkbox"/> Problemas / Dolor urinario	<p>Medicamentos que esta tomando : Incluye recetas, vitaminas y medicamentos sin recetas /preparaciones herbaticas, ect .</p>															
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 70%;">Hospitalizacion, sirugias y Heridas graves</th> <th style="width: 30%;">Ano</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		Hospitalizacion, sirugias y Heridas graves	Ano													<p>Salud de La Mujer: Primer periodo menstrual- Edad: _____ Ultima periodo menstrual – fecha: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Menopausia – edad: _____ OB Historial: Embarasos _____ Hijos Vivos: _____ Abortos: _____ Control de natalidad: <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> pastillas Other: _____ Ultimo mamograma: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Se auto examina los senos? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No Ultimo papanicolau: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal</p>	
Hospitalizacion, sirugias y Heridas graves	Ano																
<p align="center">HISTORIAI FAMILIAR</p> <p>Marcar la casilla si algun miembro en la familia a tenido algunas de las siguientes enfermedades. Escriba la relacion familiar en el espacio en blanco.</p> <input type="checkbox"/> Alcoholismo, addiccion a las drogas <input type="checkbox"/> Cancer – tipo: _____ <input type="checkbox"/> Depresion <input type="checkbox"/> Enfermedades Cardiacas <input type="checkbox"/> Alta Presion <input type="checkbox"/> Enfermedades Pulmonares (emfisemia/Tuberculosis) <input type="checkbox"/> Ataques Cardiacos <input type="checkbox"/> Diabetes		<p>Salud del Hombre: ultimo examen de la prostata: _____ Se auto examina los Testiculos periodicamente? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No</p>															
<p align="center">NUTRICION</p> <p>Dieta especial:</p> <p>Aumento de peso significativo en los ultimos 6 meses? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si _____ lbs. <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> perdida Ud come suficiente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tiene problema masticando o tragando los alimentos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - describa: _____ </p>		<p>Estado Civil: <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> conjuge/parejar <input type="checkbox"/> viudo/a Educacion (ultimo grado escolar / Titulo completado): _____ Ocupacion: _____ Se siente segura fisica y emosionalmente en su relacion y su hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tiene preocupacion financiera? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se ejercita? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – actividad: _____ Con que frecuencia? _____ Alcohol <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si tipo: _____ frecuencia: _____ Drugas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si tipo: _____ frecuencia: _____ Tobaco <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si # por dia: _____ Cuanto tiempo _____ Si a contestado Si,i Le gustaria tener ayuda para dejar de fumar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No </p>															
		Ultimo examen	Doctor	mes/año													
		Medico	Dental	Vision													
		Oido	Examen del Colon														

Completado por: _____

Patient Otro: _____

Nurse Review: _____

Provider review: _____