

PATIENT HISTORY FORM (SPANISH)

Nombre _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Primaria: () _____ Correo Electrónico: _____

¿En caso de una emergencia, a quien debemos llamar? Nombre _____ Número de teléfono () _____

En el caso que necesitamos verificar su identidad a través del teléfono,

por favor escriba una contraseña donde solamente usted conozca : _____

SI	NO	¿ESTA: USTED ACTUALMENTE TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO? Por favor enumere:				
		Nombre	Dosis	Frecuencia	Fecha Últimamente Tomado	Razón
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

HISTORIAL MEDICO

SI	NO	Alergias (Medicamentos, Comida, Látex, Yodo, etc.) Que: _____ Tipo de reacción: _____	SI	NO	Hipertensión
SI	NO	Cesariás Año(s): _____	SI	NO	Enfermedad del corazón
SI	NO	Cirugía de ALGÚN tipo Tipo(s): _____	SI	NO	Paño de sangre en las venas
SI	NO	Asma ¿Fecha de ultima ataque?: _____	SI	NO	Diabetes
SI	NO	Cáncer Tipo(s): _____	SI	NO	Enfermedad hepática
SI	NO	Trastornos de sangrado	SI	NO	Depresión severa
SI	NO	Transfusiones de sangre Año(s): _____	SI	NO	La anemia de células falciformes
SI	NO	Convulsiones Fecha del última convulsión: _____	SI	NO	Anemia
SI	NO	Problemas con Anestesia Tipo: _____	SI	NO	Tuberculosis
SI	NO	Si hay otras condiciones médicas o lesiones graves explica: _____	SI	NO	Dolores de cabeza severos
SI	NO	¿Ha recibido el Rhogam durante embarazos anteriores?	SI	NO	Perforación facial o del cuerpo (excepto las orejas)

SI	NO	¿Historia de un Papanicolaou anormal? Tratamiento: _____	Fecha del última examen de Papanicolaou: _____ Resultado: _____
SI	NO	¿Historia de una ITS? Tratamiento: _____	Fecha del última examen de ITS: _____ Resultado: _____
SI	NO	¿Has tenido una nueva pareja sexual desde la pantalla de su última ITS?	Fecha del última examen de pecho: _____
SI	NO	¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección en las últimas 72 horas?	

LA HISTORIA SOCIAL

SI	NO	¿Usa usted las drogas recreativas? Que: _____ Ultima vez usado: _____
SI	NO	¿Ha consumido alcohol en las últimas 24 horas? Que: _____ Cantidad: _____ Cuando _____
SI	NO	¿Ha fumado cigarros en los últimos 90 días? Que: _____ Veces al día: _____

HISTORIA FAMILIAR

SI	NO	¿Tiene usted una historia familiar de enfermedades? Explicar: _____
----	----	--

HISTORIA DE EMBARAZO

 Embarazos totales (incluyendo la actual): _____ Abortos: _____ Abortos Involuntarios _____ Mortinatos: _____ Número de nacidos vivos: _____
 Embarazos ectópicos _____ ¿Ruptura? SI o NO **CONTROL DE LA NATALIDAD SOLICITADO:** _____
 Los problemas con los embarazos y / o abortos: _____

*****THE FOLLOWING FOR OFFICE USE ONLY*****

HEALTH HISTORY REVIEWED / REVISED WITH PATIENT:

MLP / MD Signature: _____ Date: _____

MLP / MD Signature: _____ Date: _____