

Nehalem Bay Centro de Salud – Formulario de antecedentes de pacientes nuevos

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac.: _____

Preocupación del paciente nuevo: _____

Otros proveedores que ve: _____

Medicamentos actuales, incluyendo vitaminas, suplementos, hierbas (incluya dosis y cantidad) o traiga los frascos de los medicamentos actuales:

Preferencia de farmacia: _____

Alergias a medicamentos: _____

Otros tipos de alergias: _____

Vacunas necesarias:

☐ Ninguna, el paciente está al día

☐ Gripe

☐ Tétanos/Tos ferina

☐ Otras: _____

☐ Neumonía

☐ Herpes zóster

☐ Hep B

☐ Meningitis

☐ HPV

☐ Hep A

Antecedentes médicos: actualmente o en el pasado tuve: marque todas las opciones que correspondan

☐ Alergias

☐ Anemia

☐ Ansiedad

☐ Artritis/trastorno de las articulaciones

☐ Asma

☐ Transfusión de sangre

☐ Cáncer (tipo) _____

☐ Cataratas

☐ Trastorno de coagulación

☐ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

☐ Depresión

☐ Diabetes tipo: _____

☐ ¿Insulina? _____

☐ ¿Complicaciones? _____

☐ Enfisema/EPOC

☐ Glaucoma

☐ Cardiopatía

☐ Tipo: _____

☐ Insuficiencia cardíaca

☐ Soplo cardíaco

☐ VIH/SIDA

☐ Hiperlipidemia

☐ Hipertensión

☐ Enfermedad renal

☐ Tipo: _____

☐ Enfermedad hepática

☐ Meningitis

☐ Infarto de miocardio

☐ Enfermedad nerviosa/muscular

☐ Tipo: _____

☐ Osteoporosis

☐ Convulsiones

☐ Anemia drepanocítica

☐ Úlceras estomacales

☐ Accidente cerebrovascular

☐ ETS (enfermedad transmisible sexualmente)

☐ Enfermedad de la tiroides

☐ Tuberculosis

☐ Otras: _____

Nombre: _____ Fecha de nac.: _____ Fecha: _____

Antecedentes quirúrgicos: escriba la fecha al lado de la cirugía si corresponde

Cirugía	Fecha	Cirugía	Fecha	Cirugía	Fecha
Apendicectomía		Cesárea			
Cirugía cerebral		Cirugía ocular		Cirugía del intestino delgado	
Cirugía de mama		Cirugía por fractura		Cirugía de la columna vertebral	
CABG (cirugía de revascularización coronaria)		Reparación de hernia		Ligadura de trompas	
Colecistectomía		Histerectomía		Reemplazo de válvula	
Cirugía de colon		Reemplazo de articulación		Vasectomía	
Cirugía prostática		Afirmación de género		Cirugía cosmética	

Antecedentes familiares: marque todo lo que corresponda para antecedentes familiares. Marque el sexo de los hermanos.

	Madre - Edad	Padre - Edad	Hermano 1 M/F	Hermano 2 M/F	Hermano 3 M/F
Vivo					
Fallecido					
Trastorno hemorrágico					
Cáncer					
Depresión					
Diabetes					
Cardiopatía/ataque cardíaco					
Colesterol elevado					
Hipertensión					
Enfermedad renal					
Enfermedad mental					
Accidente cerebrovascular					
Abuso de sustancias					
Enfermedad tiroidea					
Otro					

Antecedentes sociales:

Fumar:

☐ Nunca fumó ☐ Exfumador (Fecha de inicio: _____ Fecha en la que dejó: _____)
☐ Fumador actual Tipos: ☐ Cigarrillos ☐ Cigarros ☐ Pipa

Nombre: _____ Fecha de nac.: _____ Fecha: _____

Exposición al humo pasivo: ☐ Nunca ☐ Pasado ☐ Presente

¿Cuántos años ha fumado? _____

¿Con qué frecuencia fuma? ☐ Todos los días ☐ Algunos días ☐ Otro: _____

¿Cuántos cigarrillos fuma por día? _____ o ¿cuántas cajetillas por día? _____

Tabaco sin humo:

☐ Nunca consumió ☐ Exconsumidor (Fecha de inicio: _____ Fecha en la que dejó: _____)

Tipos: ☐ De mascar ☐ Rapé

Uso de cigarrillos electrónicos:

☐ Nunca ☐ Actualmente todos los días ☐ Actualmente algunos días

☐ Exconsumidor (Fecha de inicio: _____ Fecha en la que dejó: _____)

Cartuchos/día _____

¿Listo para dejarlo? ☐ Sí ☐ No

Consumo de alcohol: ☐ Sí ☐ No ☐ No actualmente ☐ Nunca

☐ Exconsumidor (Fecha de inicio: _____ Fecha en la que dejó: _____)

¿Con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas?

☐ Nunca ☐ Una vez al mes o menos ☐ 2-4 veces/mes ☐ 2-3 veces/semana

☐ 4 o más veces/semana ☐ Elijo no responder

¿Cuántos tragos con alcohol toma un día normal cuando bebe?

☐ 1 o 2 ☐ 3 o 4 ☐ 5 o 6 ☐ 7 a 9 ☐ 10 o más ☐ Elijo no responder

¿Con qué frecuencia toma seis o más tragos en una ocasión?

☐ Nunca ☐ Una vez por mes o menos ☐ Todos los meses ☐ Todas las semanas

☐ A diario o casi a diario ☐ Elijo no responder

¿Tragos por semana?

Copas de vino/semana: _____ Cervezas/semana: _____ Tragos de licor/semana: _____

Consumo de sustancias:

☐ No ☐ Sí ☐ Exconsumidor (Fecha de inicio: _____ Fecha en la que dejó: _____)

Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo? ☐ Anfetaminas ☐ Barbitúricos ☐ Benzodiazepinas ☐ Cocaína

☐ Crack ☐ Éxtasis ☐ Hash ☐ Heroína ☐ IV ☐ Ketamina ☐ LSD ☐ Marihuana

☐ Metanfetaminas ☐ Mescalina ☐ Óxido nitroso ☐ Opiáceos ☐ PCP ☐ Estimulantes de receta

☐ Psilocibina ☐ Inhalación de solventes ☐ Cigarrillos electrónicos ☐ Vaporizador de nicotina

☐ Otro: _____

¿Cuántas veces por semana? _____

Nombre: _____ Fecha de nac.: _____ Fecha: _____

Antecedentes sexuales:

¿Tiene una vida sexual activa? ☐ Sí ☐ No ☐ No actualmente

Anticoncepción/Protección:

☐ Abstinencia ☐ Capuchón cervical ☐ Condón ☐ Diafragma ☐ Parche hormonal ☐ Implante
☐ Inyección ☐ Insertos ☐ DIU (dispositivo intrauterino progestágeno) ☐ SIU (dispositivo intrauterino de cobre) ☐ Menopausia ☐ Píldora ☐ Ritmo ☐ Espermicida ☐ Esponja
☐ Quirúrgica ☐ Anillo vaginal ☐ Interrupción del coito ☐ Vasectomía ☐ Ninguno

Parejas: ☐ Femenina ☐ Masculina

Estado de OB/Ginecología:

Cantidad de embarazos: _____ Cantidad de abortos espontáneos: _____

Cantidad de abortos provocados: _____ Cantidad de partos: _____

Embarazo en curso: ☐ Sí ☐ No

Estado menstrual: ☐ Tengo períodos ☐ Perimenopausia ☐ Postmenopausia ☐ Otro _____

Último período menstrual - Fecha: _____

Orientación sexual e identidad de género (SOGI)

Orientación sexual del paciente:

☐ Homosexual ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ No sabe
☐ Prefiere no decirlo ☐ Pansexual ☐ Queer ☐ Otra _____

Identidad de género del paciente:

☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Femenino transgénero ☐ Masculino transgénero ☐ Elige no decirlo
☐ No binario/intergénero ☐ Cuestionamiento ☐ Otro

Sexo asignado al paciente al nacer: ☐ Mujer ☐ Masculino ☐ Desconocido ☐ No registrado en el certificado de nacimiento ☐ Elige no revelar ☐ Intersexual

Pronombre para usar con el paciente:

☐ Ella/La ☐ Él/lo ☐ Elle/Le ☐ Nombre del paciente ☐ Se niega a responder ☐ Desconocido