

HISTORIAL MEDICO ADULTOS

FECHA: _____

NOMBRE:		FECHA DE NACIMIENTO:		
EDAD:		¿VACUNAS AL CORRIENTE?		SI NO
HISTORIAL DE CIRUGIAS:		VACUNA DEL TETANO		SI FECHA:
HOSPITALIZACIONES:				
NOMBRE DE SU MEDICO RECIENTE:				
INFORMACION DE SALUD (HOMBRE):				
FECHA ULTIMO EXAMEN FISICO:		FECHA ULTIMO PSA:		
INFORMACION DE SALUD (MUJER): NUMERO DE EMBARAZOS: NUMERO DE BEBES VIVOS:				
ULTIMO PAPANICOLAOU:		ULTIMO MAMOGRAMA:		LIBRAS AL NACER DEL BEBE MAS PESADO::
ALERGIAS:				
MEDICINAS:				
HISTORIAL SOCIAL O PERSONAL: : NIVEL DE EDUCACION:				
SITUACIÓN MATRIMONIAL ACTUAL:		PREVIOS MATRIMONIOS?		# DE COMPANEROS SEXUALES
TOMA ALCOHOL:		USA DROGAS:		TABACO:
RELIGION		RAZA/ETNIA		
HISTORIAL FAMILIAR	VIVOS/ MUERTOS	EDAD	CAUSA DE LA MUERTE	ENFERMEDADES CRONICAS – CANCER, DIABETES, HYPERTENSION, PROBLEMAS DEL CORAZON
ABUELOS:				
MADRE:				
PADRE:				
HERMANOS:				
HERMANAS:				
PROBLEMAS MEDICOS DEL PASADO	SI / NO	EXPLIQUE SI LOS TUVO:		
CANCER				
PIEL				
CABEZA/MIGRANAS				
OJOS				
OIDOS/NARIZ				
DIABETES				
GARGANTA/BOCA				
RESPIRATORIOS				
CORAZON O ALTA PRESION ARTERIAL				
GASTROINTESTINAL				
URINARIOS				
PROBLEMAS DE FERTILIDAD				
PROBLEMAS DE LAS COYONTURAS				
ENFERMEDAD DE LA TIROIDES				
PROBLEMAS DE LA SANGRE				
NEUROLOGICOS				
PSICOLOGICOS				
HERIDAS				