

## Historial de salud del paciente (PEDIÁTRICO)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historial médico familiar/personal:** Marque todas las áreas que aplican a usted o a su madre/padre.

Indique antecedentes:	De usted mismo	Madre	Padre	Indique antecedentes:	De usted mismo	Madre	Padre
TDA/TDAH				Dolores de cabeza/migrañas			
Alcoholismo				Defecto cardíaco			
Anemia				VIH			
Artritis				Enfermedad de riñón (renal)			
Ansiedad				Inquietudes de salud mental			
Contusión/Lesión en la cabeza				Neumonía			
Depresión				Trastorno convulsivo			
Diabetes				Infección por estafilococo			
Consumo de drogas				Enfermedad tiroidea			
Infecciones de oído				Infección del Tracto Urinario (ITU)			
Eczema				Otro:			

**Indicar antecedentes quirúrgicos y hospitalizaciones:**

Fecha	Cirugía/Operación/Hospital

**Indicar cualquier medicamento que toma el paciente:**

Nombre del medicamento	Dosis	Cuántas veces al día

**Entorno en el hogar:**

¿Se siente seguro en su hogar? Sí  No

¿Siente que su familia tiene suficiente para comer? Sí  No

**Solo mujeres:**

Alguna vez tuvo un período menstrual Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿edad del primer período menstrual? \_\_\_\_\_

Completado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Historial de salud del paciente

(ADULTO)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Si toma medicamentos, indíquelos a continuación:**

Nombre del medicamento	Dosis	Cuántas veces al día

**Historial médico familiar/personal:** Marque todas las áreas que aplican a usted o a su madre/padre.

Indique antecedentes:	De usted mismo	Madre	Padre	Indique antecedentes:	De usted mismo	Madre	Padre
TDA/TDAH				ERGE/Acides estomacal			
Alcoholismo				Dolores de cabeza/migrañas			
Enfermedad de Alzheimer				Enfermedad cardíaca			
Anemia				Hepatitis/Enfermedad hepática			
Ansiedad				Colesterol alto			
Artritis				Presión arterial elevada (hipertensión)			
Asma				VIH			
Coágulos sanguíneos				Enfermedad/trastorno mental			
Cáncer				Obesidad			
EPOC				Osteoporosis			
Depresión				Enfermedad de riñón (renal)			
Diabetes				Trastorno convulsivo			
Consumo de drogas				Accidente cerebrovascular (ACV)			
Lípidos elevados				Enfermedad tiroidea			
Enfermedad de la vesícula biliar				Otro:			

**Indicar antecedentes quirúrgicos y hospitalizaciones:**

Fecha	Cirugía/Operación/Hospital

¿Usted consume alcohol? Sí  No

Si consumía alcohol en el pasado, ¿cuándo dejó de hacerlo? \_\_\_\_\_

¿Actualmente consume alguna droga callejera (incluyendo marihuana)? Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿qué tipo? \_\_\_\_\_

**Entorno en el hogar:**

¿Se siente seguro en su hogar? Sí  No

Completado por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_