



### Alergias/Intolerancia

Por favor, enumere cualquier alergia a los medicamentos junto con la reacción (ejemplo: penicilina – erupción). De ser necesario, adjunte páginas adicionales

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

¿Tienes alergia al látex?  Sí  No

### Historia clínica

Por favor, enumere cualquier condición médica.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

Por favor, marque cualquier otra condición médica actual / pasada que aún no haya enumerado anteriormente:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia             | <input type="checkbox"/> Enfisema/EPOC         | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática                |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad           | <input type="checkbox"/> Glaucoma              | <input type="checkbox"/> Infección por SARM (estafilococos) |
| <input type="checkbox"/> Artritis           | <input type="checkbox"/> Gota                  | <input type="checkbox"/> Osteoporosis/osteopenia            |
| <input type="checkbox"/> Asma               | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca   | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel                     |
| <input type="checkbox"/> Depresión          | <input type="checkbox"/> Colesterol alto       | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea                |
| <input type="checkbox"/> Diabetes           | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal      | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                       |

Por favor, marque si ha completado alguno de los siguientes procedimientos/tratamientos:

Procedimiento/ Tratamiento	Sí	Fecha en que se completo
Vacuna contra la gripe	<input type="checkbox"/>	_____
Vacuna contra la neumonía (Pneumovax®)	<input type="checkbox"/>	_____
Vacuna contra el tétanos	<input type="checkbox"/>	_____
Vacuna contra el herpes zóster (Zostavax)	<input type="checkbox"/>	_____
Vacuna contra el COVID-19	<input type="checkbox"/>	_____
Colonoscopia	<input type="checkbox"/>	_____
Exámenes de detección del cáncer de próstata (hombres)	<input type="checkbox"/>	_____
Mamografía (mujeres)	<input type="checkbox"/>	_____
Prueba de densidad ósea (mujeres)	<input type="checkbox"/>	_____
Prueba de Papanicolaou / examen pélvico (mujeres)	<input type="checkbox"/>	_____



### Historia Quirúrgica Pasada

Por favor, enumere su historial quirúrgico.

Tipo de cirugía	Fecha de la cirugía (año)	Cirujano
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### Historia Obstétrica/Ginecológica

Para las mujeres, por favor indique su historial obstétrico y ginecológico a continuación.

Historia de	Número	Historia de	Sí	No
Embarazos	_____	VPH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abortos Espontáneos	_____	Papanicolaou anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abortos	_____	Fecha del último período menstrual	_____	

¿Cuál es su forma actual de control de la natalidad? Por favor, marque todas los que apliquen.

- Ninguno  
  Medicación  
  Ligadura de trompas  
  Vasectomía  
  DIU  
  Condón

### Historia Familiar

	Historial de salud	Vivos	Si ha fallecido, enumere la causa de la muerte
Padre	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Niños	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____



## Historia Social

Ocupación: \_\_\_\_\_

Casado  Soltero  Divorciado  Viudo

¿Hace ejercicio?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuántos días a la semana? \_\_\_\_\_

¿Esta sexualmente activo/a?  Sí  No

¿Alguna vez ha fumado?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué?  cigarrillos  pipa  puros  e-cigs/vapeo  tabaco de mascar ¿Cuántos años? \_\_\_\_\_

¿Suele beber más de 2 tazas de bebidas con cafeína al día?

Sí  No ¿Cuántas bebes al día? \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol regularmente?  Sí  No

En caso afirmativo, consulte la(s) respuesta(es) que mejor describa su consumo.

Licor  1 oz/día  2 oz/día  4 oz/día  6+ oz/día

Cerveza  1 botella/día  2 botellas/día  3+ botellas/día

Vino  1 copa/día  2 copas/día  3+ copas/día