

Piedmont Family Practice Historial de Salud

Nombre: _____ **DOB:** _____ **La Fecha:** _____

Historia de la Familia (no conocido ___)

	EDAD (si vive)	Nombre	Edad @ hora de la muerte	Causa de la muerte	Historia de la Familia	Sí	No	¿Quién?
Padre	_____	_____	_____	_____	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Madre	_____	_____	_____	_____	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hermano	_____	_____	_____	_____	Pólipos en el colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	_____	_____	_____	_____	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	_____	_____	_____	_____	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	_____	_____	_____	_____	Problemas de drogas/alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	_____	_____	_____	_____	enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	_____	_____	_____	_____	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	_____	_____	_____	_____	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	_____	_____	_____	_____	Derrame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	_____	_____	_____	_____	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	_____	_____	_____	_____	Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	_____	_____	_____	_____	Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Historia Social

Lugar de nacimiento _____ Estado Marital _____ **Hábitos**
 Ocupación _____ Ocupación del pasado _____ Cafeína (tipo & cantidad) _____
 El grado más alto completado en la escuela _____ la Universidad _____ Tabaco (tipo y frecuencia) _____
 Aficiones _____ Veterano Sí No Si se usa tabaco en el pasado, la fecha deja de fumar _____
 Ejercicio/recreación _____ Alcohol (tipo & cantidad) _____

Pasado Historial Médico

¿Alguna vez has tenido lo siguiente? Marque la casilla correspondiente. Dejar en blanco si es incierto.

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Transfusión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión/ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mononucleosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Farmacodependencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conmoción cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracturas	_____	_____
SIDA o VIH +	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer (tipo)	_____	_____
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	_____	_____
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	_____
Infección frecuente de la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	_____
Hay Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tendencia hemorrágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	_____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia de hiato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fechas de inmunización:		
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tétanos	_____	_____
Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La serie hepatitis B	_____	_____
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumonía	_____	_____

Cirugías _____

Hospitalizaciones _____

