

NOMBRE:

Fecha nacimiento: **HISTORIAL DE SALUD PERSONAL**

Teléfono:

Enfermedades de la niñez:

- _____ VARICELA
- _____ RUBÉOLA
- _____ SARAMPIÓN
- _____ PAPERAS
- _____ TOS CONVULSIVA
- _____ ESCARLATINA
- _____ DIFTERIA
- _____ POLIO o MENINGITIS
- _____ FIEBRE REUMÁTICA

MEDICAMENTOS/DOSIS (Sírvese incluir vitaminas y hierbas medicinales):

- 1. _____ 6. _____
- 2. _____ 7. _____
- 3. _____ 8. _____
- 4. _____ 9. _____
- 5. _____ 10. _____

ALERGIAS A ALIMENTOS O MEDICAMENTOS (Describa la reacción):

CIRUGÍAS (Tipo y Fecha):

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

HISTORIAL SOCIAL: ¿Fuma? Sí No Cajetillas/día _____ ¿Hace cuántos años? _____

- ¿Mastica tabaco? Sí No ¿Bebe bebidas alcohólicas? Sí No ¿Cuántos tragos/día _____
- ¿Usa drogas? Sí No ¿Cuáles?: _____ ¿Con qué frecuencia?: _____
- ¿Usa cafeína? Sí No ¿Cuántas tazas de café o sodas/gaseosas toma p or día? _____
- ¿Hace ejercicios? Sí No ¿Cuáles?: _____ ¿Con qué frecuencia?: _____
- ¿Usa su cinturón de seguridad? Nunca A veces Siempre

HISTORIAL FAMILIAR

Viven

Fallecieron

Edad Problemas de salud

Edad Causa de muerte

Madre _____

Padre _____

- Hermano/a
- 1. _____
 - 2. _____
 - 3. _____
 - 4. _____

Marido/Mujer _____

- Hijo/Hija
- 1. _____
 - 2. _____
 - 3. _____

¿Algún pariente de sangre ha tenido ...: Marque sí o no **¿Quién fue?** _____

<u>Cáncer</u>	<u>Sí</u> <u>No</u>	_____
<u>Diabetes</u>	<u>Sí</u> <u>No</u>	_____
<u>Enfermedades de la tiroides</u>	<u>Sí</u> <u>No</u>	_____
<u>Problemas del corazón</u>	<u>Sí</u> <u>No</u>	_____
<u>Presión alta/ Hipertensión</u>	<u>Sí</u> <u>No</u>	_____
<u>Enfermedades de los riñones</u>	<u>Sí</u> <u>No</u>	_____
<u>Glaucoma</u>	<u>Sí</u> <u>No</u>	_____
<u>Derrame o embolia cerebral</u>	<u>Sí</u> <u>No</u>	_____
<u>Epilepsia</u>	<u>Sí</u> <u>No</u>	_____
<u>Tuberculosis</u>	<u>Sí</u> <u>No</u>	_____
<u>Enfermedades mentales</u>	<u>Sí</u> <u>No</u>	_____

NOMBRE:

Fecha nacimiento:

Teléfono:

Sírvase indicar las enfermedades o síntomas que tiene ahora o que ha tenido anteriormente.

CABEZA, OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA

- vista borrosa
- mareos
- doble visión o diplopía
- dolores de cabeza frecuentes
- migrañas / jaquecas
- sinusitis
- dolor detrás de los ojos
- desmayos
- pérdidas de conocimiento
- uso anteojos / lentes / espejuelos
- dolores de oído
- drenaje de los oídos
- audición disminuida
- zumbido en los oídos
- hemorragias nasales
- resfriados recurrentes
- sabor extraño o pérdida del sabor
- olores extraños persistentes

URINARIO

- enfermedades de la vejiga
- dificultad en iniciar el chorro de orina
- dolor al orinar
- orinar más de lo normal
- perder orina al toser o estornudar
- secreción
- sangre en la orina
- cálculos renales

MÚSCULOESQUELÉTICO

- dolor en las articulaciones / coyunturas
- dolor de espalda recurrente
- hinchazón de las articulaciones
- rojez o calor en las articulaciones
- hormigueo / debilidad en pies y manos
- espasmos musculares
- huesos rotos
- temblor en cualquier miembro

ENDÓCRINO

- problemas con la tiroides
- tumor en cuello o garganta / bocio
- uñas quebradizas
- sequedad o erupciones de la piel
- incapaz de tolerar frío o calor
- cambios en la textura del pelo
- diabetes
- aumento o pérdida anormal de peso
- cansancio sin razón
- sale fácilmente con moretones / magulladuras

CARDÍACO

- angina
- dolores de pecho
- presión alta / hipertensión
- palpitaciones / aleteo cardíaco
- ataque / infarto del corazón
- colesterol elevado

RESPIRATORIO

- asma o alergia al polen / polinosis
- tos crónica
- toser sangre
- sudores nocturnos
- falta de aliento
- neumonía / pulmonía
- gripe / gripa
- pleuresía

GASTROINTESTINAL

- dificultad al tragar o ingerir
- garganta dolorida recurrente
- ronquera persistente
- glándulas dilatadas / adenopatías
- llagas en la boca
- encías doloridas o que sangran
- eructos o acidez estomacal
- náuseas o vómitos
- vomitar sangre
- evitar ciertos alimentos
- calambres abdominales
- cambios en las heces o en la defecación
- sangre en las heces
- dolor rectal
- enfermedades de la vesícula biliar
- hemorroides
- colitis

MUJERES SOLAMENTE

- edad del inicio de la regla o menstruación
- regla o menstruación irregular
- regla o menstruación con mucha sangre
- regla o menstruación dolorosa
- secreción o ardor vaginal
- complicaciones de la preñez
- prueba de Papanicolau anormal
- enfermedad de transmisión sexual

HOMBRES SOLAMENTE

- erupción o llagas en el pene
- secreción del pene
- impotencia

NOMBRE:

Fecha nacimiento:

Teléfono:

Nombre del paciente: _____ Fecha nacimiento: _____ Edad: ____ S exo: M F
Apellido(s) *Nombre(s)*

Número del Seguro Social: _____

Domicilio: _____ Teléfono del hogar: _____
Casilla de correo y domicilio

Ciudad Estado Código Postal Teléfono del trabajo: _____

Estado civil (indique uno): Menor de edad Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a

Licencia de conducir : _____ Estado de emisión: _____ Dirección electrónica: _____

Empleador del paciente o padre- Nombre y domicilio: _____

Empleador del asegurado - Nombre y domicilio: _____

Información sobre quién contactar en caso de emergencia:

Nombre en caso de emergencia: _____ Parentesco al paciente _____
Apellido(s) *Nombre(s)*

Domicilio: _____ Teléfono del hogar: _____
Casilla de correo y domicilio

Ciudad Estado Código postal Teléfono del trabajo: _____

Información sobre la persona responsable (para un menor de edad):

Nombre de la persona responsable: _____ Parentesco al paciente _____
Apellido(s) *Nombre(s)*

Domicilio: _____ Teléfono del hogar: _____
Casilla de correo y domicilio

Ciudad Estado Código postal Teléfono del trabajo: _____

No. del Seguro Social: _____ Licencia de conducir: _____ Estado de emisión: _____

Información sobre el seguro:

Empresa de seguros **primaria:** _____ Póliza número: _____
Nombre del asegurado: _____ Fecha de vigencia: _____

Empresa de seguros **secundaria:** _____ Póliza número: _____
Nombre del asegurado: _____ Fecha de vigencia: _____

Empresa de seguros **terciaria:** _____ Póliza número: _____
Nombre del asegurado: _____ Fecha de vigencia: _____

Autorizo la divulgación de cualquier información médica que sea necesaria para procesar mi reclamación al seguro y solicitar pago de prestaciones o beneficios del gobierno, ya sea a mí o a la parte que acepta la cesión. También autorizo el pago de beneficios médicos al médico/proveedor por servicios prestados conforme a la presentación de la reclamación al seguro. Autorizo a representantes de Grayson Highlands Family Medicine a dejar mensajes con mis familiares o mensajes en la contestadora electrónica de mi hogar con respecto a resultados de análisis de laboratorio y recordatorios de citas. Autorizo la toma de muestras de sangre para pruebas que detectarán hepatitis, VIH y otros patógenos sanguíneos en caso de una punción accidental con aguja y jeringa.

Estoy de acuerdo que dichas disposiciones quedarán en vigencia hasta que yo le proporcione una revocación a Grayson Highlands Family Medicine.

Firma del paciente o padre (SELLO)

Fecha