

Clínica de Atención Primaria
Datos demográficos de pacientes en edad adulta

Nombre del paciente _____ Otros nombres o apodos: _____

Sexo: Hombre Mujer Número de seguro social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____

No. de teléfono residencial (_____) _____ - _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

No. de celular (_____) _____ - _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Correo electrónico: _____

Raza: Blanca Negra/afroamericana Nativo americano/Nativo de Alaska Asiático Hawaiano nativo/isleño del Pacífico La desconozco No deseo reportarla

Origen étnico: Hispano o latino No hispano ni latino No sé No deseo reportarlo

Estado civil: _____ Primer idioma: inglés español otro: _____ No deseo reportarlo

EMPLEO:

Situación laboral: _____ Nombre de su empleador: _____ Ocupación: _____

Fecha de jubilación _____ Dirección: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ No. de teléfono _____

INFORMACIÓN DE SU SEGURO MÉDICO:

Nombre de su compañía aseguradora principal: _____

Nombre del titular como aparece en la tarjeta: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____ / ____ / _____

Número del seguro social del titular de la póliza: _____ - _____ - _____

Número de póliza: _____ Nombre o número del grupo: _____

Nombre de su compañía aseguradora secundaria: _____

Nombre del titular como aparece en la tarjeta: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____ / ____ / _____

Número del seguro social del titular de la póliza: _____ - _____ - _____

Número de póliza: _____ Nombre o número del grupo: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Parentesco: _____

No. de teléfono residencial (_____) _____ - _____ No. de teléfono adicional: (_____) _____ - _____ - _____

Firma del paciente: _____ Fecha: ____ / ____ / _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Antecedentes de salud del paciente:

Adulto

Sus respuestas en este formulario ayudarán a su equipo de atención a la salud a obtener antecedentes precisos sobre sus problemas médicos y enfermedades. Por favor complete las cuatro páginas lo mejor que pueda. Si no puede recordar detalles específicos o si tiene preguntas o inquietudes sobre la información que le solicitamos, hable con su equipo de atención a la salud.

Antecedentes médicos personales: Indique con una **X** si ha tenido el siguiente:

Cuadro clínico:	X	Cuadro clínico:	X	Cuadro clínico:	X
CARDIOVASCULAR		TRASTORNOS SANGUÍNEOS		CÁNCER	
Fibrilación auricular		Anemia		Neoplasia hemática (cáncer de la sangre)/Leucemia	
Insuficiencia cardíaca congestiva		Transfusiones de sangre		Cerebro	
Infarto de miocardio		Coágulo sanguíneo		Mama	
Colesterol alto				Colon	
Hipertensión		EMOCIONAL/CONDUCTUAL		Pulmón	
		Alcoholismo		Ovarios	
OJOS/OÍDOS		Enfermedad de Alzheimer		Próstata	
Ceguera		Ansiedad		Otra:	
Catarata		Trastorno por déficit de atención			
Glaucoma		Trastorno bipolar		ENDOCRINOLOGÍA/RENAL	
Rinitis alérgica estacional		Depresión		Insuficiencia renal crónica	
Pérdida de audición		Consumo de drogas		Diabetes tipo 1	
		Trastorno de la conducta		Diabetes tipo 2	
		Problemas de memoria		Diálisis	
GASTROINTESTINAL		Trastorno por estrés		Nefropatía (enfermedad	
Enfermedad celíaca		Esquizofrenia		Enfermedad tiroidea	
Colitis				Infección de las vías urinarias - frecuente	
Pólipos en el colon		OSTEOMUSCULAR			
Enfermedad de Crohn		Artritis		NEUROLÓGICO	
Diverticulitis		Traumatismos de espalda/cervicales		Migraña/dolores de cabeza	
Hemorragia digestiva		Síndrome del túnel carpiano		Convulsiones	
ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico)		Dolor crónico		Derrame cerebral	
Hemorroides		Gota		Temblores	
Hepatitis		Osteoporosis			
Síndrome del intestino irritable				OTRAS	
Enfermedad hepática		RESPIRATORIO		Enfermedad autoinmunitaria	
Pancreatitis		Asma		Disfunción eréctil	
		Enfermedad pulmonar obstructiva		Fibromialgia	
		Neumonía		VIH	
		Embolia pulmonar		Enfermedad cutánea	
EMBARAZO		Afección respiratoria			
Número de embarazos:		Apnea del sueño			
Número de partos de hijos nacidos vivos:		Tuberculosis			

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Medicamentos actuales: (Incluye medicamentos de venta con receta y de venta libre, complementos, vitaminas y hierbas medicinales)

Nombre del medicamento	Dosis	Veces por día	Motivo	Recetado por

Farmacia preferida: _____

Alergias:

Fuente: (Medicamentos, polen, alimentos, animales, otras)	Tipo de reacción

Antecedentes quirúrgicos: Indique con una **X** en la casilla correspondiente si le corresponde el siguiente procedimiento.

Procedimiento quirúrgico	X	Año	Procedimiento quirúrgico:	X	Año
Cirugía abdominal			Herniorrafia		
Apendicectomía (apéndice)			Cirugía de cadera		
Cirugía de espalda			Histerectomía		
Biopsia			Cirugía de rodilla		
Biopsia de mama			LEEP (Cirugía de cuello uterino)		
Cirugía de mamas			Extirpación de ovarios		
Injertos de revascularización			Vasectomía		
Endoprótesis coronaria (stent)			Sigmoidoscopia		
Cirugía cosmética			Cirugía de los senos paranasales		
EGD			Amigdalectomía		
Catarata			Ligadura de trompas		
Colecistectomía (extirpación de la vesícula biliar)			Otra:		
Cirugía cardíaca			Otra:		

Antecedentes familiares: Indique con una **X** si algún miembro de su familia tiene alguno de los siguientes cuadros clínicos:

Cuadro clínico	Madre	Padre	Hermanos	Abuelos
Cáncer				
Diabetes				
Glaucoma				
Cardiopatía				
Hipertensión arterial				
Enfermedad mental				
Derrame cerebral				

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

ESTILO DE VIDA:

Consumo de tabaco:

- Actual (paquetes día/semana _____)
- Anterior (paquetes día/semana _____)
- Nunca

Consumo de drogas recreativas:

- Actual
- Anterior
- Nunca

Consumo de alcohol:

- ¿Alguna vez consume bebidas alcohólicas? Sí No
- 1-2 veces por año 1-2 veces por mes 1-2 veces por semana 3-5 veces por semana Todos los días

Si respondió que sí, responda las siguientes 4 preguntas. Si respondió que no, puede continuar.

- ¿Alguna vez sintió que debía reducir su consumo de bebidas alcohólicas? Sí No
- ¿Se ha molestado con personas que han criticado su forma de beber? Sí No
- ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable sobre su forma de beber? Sí No
- ¿Le sucedió alguna vez que lo primero que hizo al levantarse fue tomar un trago para calmarse o aliviar una resaca? Sí No

Vacunas: Por favor marque las vacunas que se ha dado y agregue el año si lo conoce.

Vacuna:	Año:	Vacuna:	Año:
Vacuna antigripal		Neumonía	
Hepatitis A		Zóster	
Hepatitis B		Tétanos	
HPV		Tétanos con tos convulsa	
Triple viral (SRP)		Varicela	
Meningitis		Otra:	

¿Se le realizaron alguna de las siguientes pruebas de detección?

Prueba de detección/Otras	Fecha	Lugar	Resultado (marque con un
Colonoscopia Se necesitan los resultados para registrarlos en la historia clínica			Normal Anormal
Radioabsorciometría de doble energía; Dexa (densidad ósea)			Normal Anormal
Mamografía			Normal Anormal
Pap			Normal Anormal
Endoscopia superior			Normal Anormal
Lipidograma			Normal Anormal
Aneurisma de aorta			Normal Anormal

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

En las últimas dos semanas ¿con qué frecuencia ha tenido molestias por los síntomas que se indican a continuación?

Sentirse desanimado, deprimido, desesperanzado

En absoluto Algunos días Más de la mitad de los días Casi todos los días

Poco interés o placer en las actividades

En absoluto Algunos días Más de la mitad de los días Casi todos los días

¿Alguna vez alguna de sus parejas lo maltrató física o emocionalmente? Sí No

¿En el último año alguna persona lo lesionó físicamente? Sí No

¿En el último año alguna persona lo obligó a mantener relaciones sexuales? Sí No

Si le diagnosticaron diabetes, por favor responda.

¿Cuándo se le realizó su último análisis de microalbuminuria?

Fecha: _____ No estoy seguro Dónde: _____ No estoy seguro Nunca me lo hicieron

¿Cuándo se le realizó su último análisis de hemoglobina A1c?

Fecha: _____ No estoy seguro Dónde: _____ No estoy seguro Nunca me lo hicieron

¿Cuándo se le realizó su último examen de la vista?

Fecha: _____ No estoy seguro Dónde: _____ No estoy seguro Nunca me lo hicieron

¿Cuándo se le realizó su último examen de pies?

Fecha: _____ No estoy seguro Dónde: _____ No estoy seguro Nunca me lo hicieron