

**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 del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Indique su farmacia preferida: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**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

**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			Cirugía cardíaca		
Apendicectomía (apéndice)			Reparación de hernia		
Cirugía de espalda			Cirugía de cadera		
Biopsia			Histerectomía		
Biopsia de mama			Cirugía de rodilla		
Cirugía de mamas			LEEP (Cirugía de cuello uterino)		
Colonoscopia			Extirpación de ovarios		
Injertos de revascularización coronaria ( <i>bypass</i> coronario)			Sigmoidoscopia		
Endoprótesis coronaria (stent)			Cirugía de los senos paranasales		
Cirugía cosmética			Amigdalectomía		
EGD (Esofagogastroduodenoscopia)			Ligadura de trompas		
Catarata			Otra:		
Colecistectomía (extirpación de la vesícula biliar)			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 del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**ESTILO DE VIDA/ANTECEDENTES SOCIALES:**

**¿Fuma tabaco? (Marque una opción con un círculo)**

**SÍ o NO**

Si respondió que sí, ¿cuántos por día? \_\_\_\_\_

¿Cree que debe cambiar este hábito?

**SÍ o NO**

**¿Bebe alcohol? (Marque una opción con un círculo)**

**SÍ o NO**

Si respondió que sí, conteste las siguientes preguntas.

¿Aproximadamente cuántos tragos por semana?

0-3 3 o más

Si contestó 3 o más tragos por semana, ¿cuántos por día?

0-2 2-5 5 o más

¿Cuál es su bebida favorita? Cerveza Vino Licor Otra: \_\_\_\_\_

¿Sintió alguna vez que debía reducir su consumo de alcohol? **SÍ o NO**

¿Se ha sentido molesto con algunas personas por haber criticado su forma de beber? **SÍ o NO**

¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber? **SÍ o NO**

¿Le ocurrió alguna vez que lo primero que hizo por la mañana fue tomar una bebida alcohólica para calmarse o curar una resaca? **SÍ o NO**

**¿Usa otras sustancias, como marihuana u otras drogas? (Marque una opción con un círculo) **SÍ o NO****

Si respondió sí, ¿aproximadamente cuántas veces? Por semana \_\_\_\_\_ Por día \_\_\_\_\_

Indique las sustancias que usa: \_\_\_\_\_

**¿Cuántos días de las últimas dos semanas se ha sentido molesto por los siguientes síntomas?**

Poco interés, placer en las actividades  Ninguno  Muchos  La mitad o más  Casi todos

Desánimo, depresión, desesperanza  Ninguno  Muchos  La mitad o más  Casi todos

Continúe con las preguntas siguientes si eligió una opción distinta de "ninguno" en las preguntas anteriores.

Si eligió "ninguno" en ambas preguntas, puede pasar a la siguiente sección.

**¿Cuántos días de las últimas dos semanas se ha sentido molesto por los siguientes síntomas?**

Problemas para conciliar o mantener el sueño	Ninguno	Muchos	La mitad o más	Casi todos
Sentir cansancio o poca energía	Ninguno	Muchos	La mitad o más	Casi todos
Dificultad para llevarse bien con otras personas	Ninguno	Muchos	La mitad o más	Casi todos
Pensar en hacerse daño a usted mismo	Ninguno	Muchos	La mitad o más	Casi todos
Problemas para concentrarse	Ninguno	Muchos	La mitad o más	Casi todos
Poco apetito o comer en exceso	Ninguno	Muchos	La mitad o más	Casi todos
Problemas para conciliar o mantener el sueño	Ninguno	Muchos	La mitad o más	Casi todos
Sentir cansancio o poca energía	Ninguno	Muchos	La mitad o más	Casi todos
Dificultad para llevarse bien con otras personas	Ninguno	Muchos	La mitad o más	Casi todos
Pensar en hacerse daño a usted mismo	Ninguno	Muchos	La mitad o más	Casi todos
Problemas para concentrarse	Ninguno	Muchos	La mitad o más	Casi todos
Poco apetito o comer en exceso	Ninguno	Muchos	La mitad o más	Casi todos
Sentirse mal con usted mismo	Ninguno	Muchos	La mitad o más	Casi todos

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**EXAMEN PARA DETECTAR VIOLENCIA DOMÉSTICA**

¿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 indíquenos cuando se realizó su último análisis a continuación.**

Nombre del análisis	Fecha del último análisis	Lugar del último análisis	Si no sabe, marque con un círculo:
Microalbuminuria			NO ESTOY SEGURO o.....NUNCA
Hemoglobina A1c			NO ESTOY SEGURO o.....NUNCA
Examen de la vista			NO ESTOY SEGURO o.....NUNCA
Examen de pies			NO ESTOY SEGURO o.....NUNCA

**VACUNAS:** Por favor marque las vacunas que se ha dado y agregue la fecha aproximada si la conoce.

Vacuna:	Mes/Año:	Vacuna:	Mes/Año:
Vacuna antigripal		Neumonía	
Hepatitis A		Zóster	
Hepatitis B		Tétanos	
VPH		Tétanos con tos ferina	
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 círculo)
Colonoscopia			Normal      Anormal
Radioabsorciometría de doble energía; Dexa (densidad ósea)			Normal      Anormal
Mamografía			Normal      Anormal
Papanicolau			Normal      Anormal
Lipidograma			Normal      Anormal
Aneurisma de aorta			Normal      Anormal

**PLANIFICACIÓN FUTURA**

¿Tiene una directiva anticipada?      Sí      o      NO

Si respondió que sí, ¿PSMC tiene una copia?      Sí      o      NO

*Si no es así, por favor entregue una copia a PSMC para nuestros registros.*

Si no tiene una directiva anticipada, ¿desea recibir más información?      Sí      o      NO