

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_/\_\_/\_\_

## Historia Médica Personal y Familiar *(Por favor, marque todas las casillas que correspondan.)*

- Dependencia de Alcohol/Drogas .....  tú mismo  madre  padre  hermana  hermano  otro: \_\_\_\_\_
- Anemia .....  tú mismo  madre  padre  hermana  hermano  otro: \_\_\_\_\_
- Ansiedad/Depresión .....  tú mismo  madre  padre  hermana  hermano  otro: \_\_\_\_\_
- Asma/Enfermedad Pulmonar .....  tú mismo  madre  padre  hermana  hermano  otro: \_\_\_\_\_
- Coágulos de Sangre .....  tú mismo  madre  padre  hermana  hermano  otro: \_\_\_\_\_
- Transfusiones de Sangre .....  tú mismo  madre  padre  hermana  hermano  otro: \_\_\_\_\_
- Cáncer .....  tú mismo  madre  padre  hermana  hermano  otro: \_\_\_\_\_
- Enfermedad de la Arteria Coronaria ..  tú mismo  madre  padre  hermana  hermano  otro: \_\_\_\_\_
- Diabetes .....  tú mismo  madre  padre  hermana  hermano  otro: \_\_\_\_\_
- Enfermedades genéticas
- o defectos de nacimiento .....  tú mismo  madre  padre  hermana  hermano  otro: \_\_\_\_\_
- Alta Presion Sanguinea .....  tú mismo  madre  padre  hermana  hermano  otro: \_\_\_\_\_
- Colesterol Alto .....  tú mismo  madre  padre  hermana  hermano  otro: \_\_\_\_\_
- VIH .....  tú mismo  madre  padre  hermana  hermano  otro: \_\_\_\_\_
- Enfermedad del Riñon .....  tú mismo  madre  padre  hermana  hermano  otro: \_\_\_\_\_
- Enfermedad del Hgado .....  tú mismo  madre  padre  hermana  hermano  otro: \_\_\_\_\_
- Enfermedad de Lupus/Artritis .....  tú mismo  madre  padre  hermana  hermano  otro: \_\_\_\_\_
- Migrañas/Dolores de Cabeza .....  tú mismo  madre  padre  hermana  hermano  otro: \_\_\_\_\_
- Esclerosis Múltiple .....  tú mismo  madre  padre  hermana  hermano  otro: \_\_\_\_\_
- Convulsiones .....  tú mismo  madre  padre  hermana  hermano  otro: \_\_\_\_\_
- Accidente Cerebro-Vascular .....  tú mismo  madre  padre  hermana  hermano  otro: \_\_\_\_\_
- Problemas Estomacales .....  tú mismo  madre  padre  hermana  hermano  otro: \_\_\_\_\_
- Enfermedad de Tiroides .....  tú mismo  madre  padre  hermana  hermano  otro: \_\_\_\_\_
- Tuberculosis .....  tú mismo  madre  padre  hermana  hermano  otro: \_\_\_\_\_

**Por favor, enumere cualquier otra afección médica que usted o su familiar haya sido diagnosticado y que no se indique anteriormente:**

---



---



---

## Historia Social

- ¿Eres sexualmente activo?  No  Sí: ¿Cualquier anticoncepcion?:  ninguna  pastilla del día después  condón  
 dispositivo intrauterine  implante
- ¿Ejercitas? .....  No  Sí: ¿Cuántas veces por semana y por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
- ¿Usas la cafeína? .....  No  Sí: ¿Cuántas tazas por día/por semana? \_\_\_\_\_ ¿Dejaste em? \_\_\_\_\_
- ¿Consumas drogas? .....  No  Sí: ¿Cuántas veces al día/por semana? \_\_\_\_\_ ¿Dejaste em? \_\_\_\_\_
- ¿Consumas alcohol? .....  No  Sí: ¿Cuántas bebidas por día/por semana? \_\_\_\_\_ ¿Dejaste em? \_\_\_\_\_
- ..... ¿Alguna vez has sentido que debes reducir tu consumo de alcohol?:  Sí  No
- ¿Consumas tabaco? .....  No  Sí: ¿Cuántas veces al día/por semana? \_\_\_\_\_ ¿Dejaste em? \_\_\_\_\_
- ..... ¿Estás interesado en dejar de fumar?  Sí  No