



**Revisión de los Síntomas Médicos**

**Indique si ha tenido problemas con (Pasado), actual en los últimos 30 días (Actual) o nunca (Nunca) ninguno de los siguientes:**

P	C	N		P	C	N		P	C	N		P	C	N	
			Dolor Abdominal				Dificultad Para Orinar				Ronquera				Mala Circulación
			Hinchazón/Gas				Aturdido				Indigestión				Sarpullido
			Sangre en Heces				Otalgia				Picazón				Sonando en Oídos
			Sangre en Orina				Sed Excesiva				Falta de Control de la Vejiga				Dificultad Para Respirar
			Moretón Fácilmente				Desmayo				Aturdido				Problemas con los Senos Paranasales
			Cambio en los Hábitos Intestinales				Fiebre				Náuseas				Dolor que no Sanará
			Cambio en los Lunares				Olvido				Nerviosismo				Tobillos Hinchados
			Cambio en la Visión				Orina Con Mucha Frecuencia				Sudores Nocturnos				Pérdida/Ganancia de Peso Inexplicable
			Dolor en el Pecho				Alopecia				Hemorragias Nasales				Vómito
			Escalofríos				Pérdida Auditiva				Micción Dolorosa				<b>Otro:</b>
			Estreñimiento				Jaqueca				Palpitaciones/Latido Irregular del Corazón				1.
			Depresión				Hemorrhoids				Tos Persistente				2.
			Diarrhea				Urticaria				Falta de Apetito				3.

**Historia Social - Indique si tiene en el (Pasado), actual (Actual) o nunca (Nunca) ninguna de las siguientes opciones:**

	P	C	N		
Usted Fuma?				Si pasado o actual, cuántos paquetes por día?	Cuántos Años?
Bebes bebidas alcohólicas?				Si pasado o actual, cuánto por semana?	
Consumo de cafeína?				Si pasado o actual, cuántas tazas por día?	
Alguna vez ha trabajado con productos químicos, pinturas, amianto u otros materiales peligrosos?				En caso afirmativo, por favor explique:	
Sigues alguna dieta específica?	<b>Sí</b>	<b>No</b>		En caso afirmativo, por favor explique:	
Haces ejercicio regularmente?	<b>Sí</b>	<b>No</b>		En caso afirmativo, por favor explique:	

**Prevención**

	Sí	No	
Usas cinturones de seguridad?			Si no, por qué no?
Llevas casco de bicicleta??			
Si hay un arma en su casa, ¿se mantiene descargado y fuera del alcance de los niños?			
Alguna vez has participado en cualquier actividad que te haya puesto en riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual?			En caso afirmativo, explique:
Desea hacerse la prueba de detección de una enfermedad de transmisión sexual?			
Te sientes seguro en casa?			
Tiene detectores de monóxido de humo/carbono en su hogar?			

**Salud de los Hombres**

**Indique si ha tenido problemas con (Pasado), actual en los últimos 30 días (Actual) o nunca (Nunca) ninguno de los siguientes:**

P	C	N		P	C	N		P	C	N		P	C	N	
			Bulto Mamario				Bulto en Testículos				Infección de Transmisión Sexual				<b>Otro:</b>
			Dificultades de Erección				Problema de Próstata				Dolor en el pene/Secreción del Pene/Pene				

Orientación Sexual: \_\_\_\_\_

**Salud de la Mujer**

Indique si ha tenido problemas con (Pasado), actual en los últimos 30 días (Actual) o nunca (Nunca) ninguno de los siguientes:

P	C	N		P	C	N		P	C	N		P	C	N	Fecha de último:
			Frotis Anormal de Papanicolaou				Sofocos				Infección de Transmisión Sexual				Mamografía:
			Sangrado Anormal				Aborto				Infecciones Vaginales				Período Menstrual:
			Bulto Mamario				Descarga de Pezón				Número de Niños:				Prueba de Papanicolaou:
			Calambres Menstruales Extremos				Relaciones Sexuales Dolorosas				Está embarazada?:	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>		

Orientación Sexual: \_\_\_\_\_

**Vacunas**

Por favor, proporcione un registro de todas las vacunas si es posible.

	Fecha		Fecha		Fecha		Fecha
DTAP		HPV		PPD		TDAP	
FLU		MENINGOCOCCAL		PREVNAR 13		VARICELLA	
HEP A		MMR		ROTOTEQ			
HEPB		POLIO		SHINGLES			
HIB		PNEUMOCOCCAL 23		TD			

**CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA HASTA DONDE YO SÉ. NO HARÉ RESPONSABLE A MI MÉDICO O A NINGÚN MIEMBRO DE SU PERSONAL POR LOS ERRORES U OMISIONES QUE PUEDA HABER COMETIDO AL COMPLETAR ESTE FORMULARIO.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Revisado Por

\_\_\_\_\_  
Fecha