**HISTORIA DE SALUD DEL ADULTO 18 años de edad y más**

**FECHA DE LA ULTIMA EVALUACION \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Fecha de hoy \_\_\_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Edad\_\_\_\_\_

Hombre\_\_\_ Mujer\_\_\_ Cabeza de Familia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numero de archivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_Lugar\_\_\_\_\_\_ Nivel de Educación\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si\_\_\_ No\_\_\_ 1. Queja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si\_\_\_ No\_\_\_2. ¿Tiene alergia a algún medicamento? ¿O a otras cosas? (Abejas, látex, etc.)

Por favor nombrelos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Por favor liste todos los medicamentos que esta tomando ahora (Incluyendo píldoras anticonceptivas, laxativos, aspirina, etc…) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. ¿Ha tomado alguna vez Medicamentos para bajar peso (Phen-Phen, Redux, Pondemin)? Si\_\_\_ No\_\_\_

5. ¿Sus dientes necesitan cuidado dental? Si\_\_\_ No\_\_\_ ¿Tiene dolor en sus dientes? Si\_\_\_ No\_\_\_ ¿Cuando fue su ultima visita dental?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. ¿Usa dentadura? Si\_\_\_ No\_\_\_ ¿Usted se muerde los labios, rechina sus dientes, tiene problemas con su mandíbula, le chasquea, le duele, tiene dificultad al abrir y cerrar su boca, o problemas al masticar, o le sangran las encías? ¿Sus dientes son sensibles al: Frío, Calor, Dulce, Amargo?

7. Por favor díganos la fecha de sus últimas vacunas: Td. Tétanos Difteria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MMR(Sarampión, Paperas, Rubéola)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Prueba de la Tuberculosis: Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Resultados: Positivo\_\_\_\_\_\_ Negativo\_\_\_\_\_\_\_

9. Por favor díganos la fecha de su último Papanicolaou (PAP) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CBE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mamografía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Resultados y Donde fueron hechos (si se conoce)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. A que edad tuvo su primera menstruación?\_\_\_\_\_\_\_LNMP:\_\_\_\_\_\_\_¿Podría estar embarazada? Si\_\_\_ No\_\_\_ ¿Esta dando pecho? Si\_\_ No\_\_

Detalle algún problema que tenga con su ciclo menstrual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Que esta usando como método anticonceptivo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Le gustaría mas información? Si\_\_\_ No\_\_\_

11. ¿Tiene algún problema de vista? Si\_\_ No\_\_ ¿Lleva lentes de contacto? Si\_\_ No\_\_

12. ¿Fuma o mastica tabaco? Si\_\_ No\_\_ Si fuma, ¿cuanto y durante cuanto tiempo?\_\_\_\_\_\_ ¿Le gustaría información acerca de cómo dejarlo? Si\_\_ No\_\_

13. ¿Bebe alcohol? Si\_\_ No\_\_ Si bebe, ¿cuanto y con que frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. ¿Usa otra clase de drogas (marihuana, cocaína, pastillas, )? Si \_\_ No\_\_ Si toma, ¿cuanto y con que frecuencia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si\_\_ No\_\_ 15. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez por enfermedad o cirugía? Si si, ¿por que?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Donde y Cuando?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si\_\_ No\_\_ 16. ¿Ha revisado alguna vez sus niveles de colesterol? Por favor anote los resultados si lo sabe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si\_\_ No\_\_ 17. ¿Se ha hecho alguna vez la prueba del SIDA? ¿Le gustaría hacerse la prueba a través de MMC? Si\_\_ No\_\_

Si\_\_ No\_\_ 18. ¿Tiene alguna pregunta sobre las ETS (enfermedades de transmisión sexual)? ¿Mantiene relaciones sexuales con hombres\_\_\_Mujeres\_\_ o ambos\_\_?

Si\_\_ No\_\_ 19. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse o herirse? ¿Ha intentado alguna vez suicidarse? Si \_\_ No\_\_

Si\_\_ No\_\_ 20. ¿Tiene o ha tenido alguna vez un desorden alimentario? Si responde si, ¿de que tipo (Anorexia, bulimia, etc…)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Yo | Madre | Padre | Hermanos | Hijos | Otro | Comentarios |
| Diabetes |  |  |  |  |  |  |  |
| Presión arterial alta/ Presión arterial baja |  |  |  |  |  |  |  |
| Embolia cerebral |  |  |  |  |  |  |  |
| Cáncer (De que tipo y quien) |  |  |  |  |  |  |  |
| Hipotiroidismo o Hipertiroidismo |  |  |  |  |  |  |  |
| Fiebre Reumática, soplo en el corazón, ataque al corazón, Válvula del corazón dañada o sustituida, Válvula mitral u otra condición del corazón, marcapasos. |  |  |  |  |  |  |  |
| Ataques/Epilepsia, periodos de desvanecimiento |  |  |  |  |  |  |  |
| Tuberculosis (+) PPD |  |  |  |  |  |  |  |
| Alcoholismo, problemas con la bebida, Uso de drogas |  |  |  |  |  |  |  |
| Asma/Fiebre del Heno/Neumonía, SOB, otra enfermedad del pulmón |  |  |  |  |  |  |  |
| Salud Mental (Depresión, Ansiedad, etc.) |  |  |  |  |  |  |  |
| Hepatitis (de que tipo), enfermedad del hígado, ictericia. |  |  |  |  |  |  |  |
| Infección urinaria, o enfermedad del riñón. |  |  |  |  |  |  |  |
| Migrañas, dolores de cabeza |  |  |  |  |  |  |  |
| Problemas hemorrágicos |  |  |  |  |  |  |  |
| Dolor abdominal/Ulceras/Perdida de peso persistente o diarrea |  |  |  |  |  |  |  |
| Problemas inmunológicos, infecciones frecuentes |  |  |  |  |  |  |  |
| Artritis, Miembros artificiales o articulaciones (cuales) |  |  |  |  |  |  |  |
| Infecciones vaginales (candidiasis, bacterias, etc.) |  |  |  |  |  |  |  |

Firma de patient: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ La Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_