



Historial Adulto

Nombre: _____

Fecha: _____

Principal motivo de la visita hoy: _____

Otras Preocupaciones: _____

Enumere los **MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS** (por ejemplo, vitaminas, medicamentos sin receta) Ninguno

NOMBRE Y FUERZA	RAZON	FRECUENCIA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

FARMACIA: _____ **Por favor, escriba medicamentos adicionales en una hoja separada**

ALERGIAS: Ninguno

ALERGIAS	REACION
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ESPECIALISTAS: Otros Doctores o Especialistas (por ejemplo, ortopedista, oftalmólogo, dentista, quiropráctico):

Ninguno

NOMBRE	ESPECIALIDAD	RAZON
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor escriba cualquier especialista adicional en otra hoja o en la parte posterior.

PREVENCION:

¿Recibió todas sus vacunas infantiles? Si No

Fecha más reciente de:

- Tétano _____
 - Neumonía _____
 - Culebrilla _____
 - Flu _____
 - Colonoscopia _____
 - Prueba de densidad ósea _____
 - Examen Físico _____
 - Visita Dental _____
 - Examen de los ojos _____
- Mujeres Solamente:** Papanicolaou _____ Mamografía _____

Historial Sexual:

La pareja sexual actual es mujer hombre ninguna

El control de anticonceptivo es: _____ abstinencia

¿Se considera usted heterosexual homosexual bisexual otro

Número de parejas en el último año: _____ Pruebas de ETS más recientes: _____

Mujeres Solamente:

Fecha de período menstrual más reciente: _____ (menopausia o histerectomía)

Edad de primer período menstrual: _____ Edad de último período menstrual: _____

¿Algún problema con la menstruación? No Sí (pesado irregular doloroso sangrado excesivo)

Número de embarazos: _____ Niños vivos: _____



Historial Adulto

Nombre: _____

Fecha: _____

HISTORIAL MEDICO: ¿Alguna vez a tenido lo siguiente?

No Si

- ADD / ADHD
- Alergias
- Anemia
- Trastorno de Ansiedad
- Artritis
- Asma
- Fibrilación auricular
- Defectos congénitos
- COPD
- Cáncer (Tipo _____)
- Enfermedad de arteria coronaria
- Depresión
- Problemas de desarrollo
- Diabetes
- Diverticulitis
- Problemas de oído/audición

No Si

- Trastorno de la Alimentación
- Fibromialgia
- Problemas gastrointestinales
- Gout
- Lesión de cabeza / conmoción
- Dolores de cabeza / migrañas
- Enfermedad cardíaca
- Problemas cardíacos / Murmullo
- Ataque al Corazón
- Hepatitis
- Colesterol alto
- Hipertensión
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Problemas de riñón / vejiga
- Enfermedad del hígado

No Si

- Enfermedad Pulmonar
- Problema de salud mental
- Problemas musculares, articulares
- Problemas neurológicos
- Enfermedad hereditaria / genética
- Problemas con la sangre
- Problemas de próstata
- Embolia pulmonar
- Reflujo / GERD
- Convulsiones / Epilepsia
- Problemas de la piel
- Apnea del sueño
- Accidente cerebrovascular
- Problemas de tiroides
- Tuberculosis
- Problemas de visión o del ojo

Problemas Específicos: _____

HISTORIAL DE CIRUGIA:

CIRUGIA

RAZON

AÑO

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor escriba cirugías adicionales en otra pagina

HISTORIAL FAMILIAR:

Relación	Vivo	Edad	Problemas de Salud (Cáncer, problemas del corazón, diabetes, problemas de cerebrovasculares, alta presión, ataque al corazón, asma, problemas genéticos, etc.)
Mama	Si/No		
Papa	Si/No		
Abuela (materna)	Si/No		
Abuelo (materno)	Si/No		
Abuela (paterna)	Si/No		
Abuelo (paterno)	Si/No		
Hermano/a	Si/No		
Hermano/a	Si/No		
Otro _____	Si/No		
Otro _____	Si/No		



Sunrise Family Clinic

Historial Adulto

Nombre: _____

Fecha: _____

HISTORIAL SOCIAL:

Ocupación: _____ Empleador: _____ Jubilado

Nivel de educación más alto completado: Menos de 8º grado 8 9 10 11 12 Algunos estudios universitarios Asociado Licenciatura Postgrado

Estado civil: Casado Soltero Divorciado Separado Viudo Pareja Doméstica

Nivel de ejercicio: Ninguno Ocasional Moderado Pesado

Dieta: Regular Vegetariano Vegano Sin gluten Bajo Carbohidrato Diabético Otro _____

Nivel de estrés: Bajo Medio Alto

Fumador: Fumador actual (amt _____) Antiguo fumador (dejar de fumar _____) Nunca

Uso del tabaco de mascar: Uso actual (amt _____) Uso previo (dejar _____) Nunca

Uso de alcohol: Uso actual (amt / freq _____) Uso previo (abandonar _____) Nunca

¿Cuántas veces en el último año ha tenido más de 4-5 bebidas en una sola sesión? 1 2-10 > 10

Uso de marihuana / otras drogas: Nunca usado Uso actual (droga (s): _____ diario semanal rara vez) Uso previo (medicamento (s): _____ fecha de abandono: _____)

¿Tiene una directiva anticipada o testamento vital? No Sí (si sí, por favor traiga una copia para su expediente)

¿Es usted capaz de cuidar de sí mismo de forma independiente? No Sí

Si no, ¿quién ayuda a cuidarlo? _____

Ingestión de cafeína (gaseosa o café): Ninguno Ocasional Moderado Pesado

Situación en el hogar (indique todo en el hogar): Solamente Cónyuge / pareja Padre (s)

Niños (edades: _____) Compañero (s) de habitación Otro _____

Número total de niños (en casa o en otro lugar): _____

Pasatiempos / Actividades que disfrutas: _____

¿Le gustaría hablar sobre alguno de los siguientes?

Sentirse triste o ansioso Ayuda con drogas o alcohol Dieta y ejercicio Pérdida de peso saludable

Dejar de fumar Problemas con la salud sexual Manejo del enojo Directiva avanzada



Historial Adulto

Nombre: _____

Fecha: _____

¿Ha tenido recientemente alguno de los siguientes (marcar o subrayar todos los que apliquen)?

Constitucional

Fiebre, sudoración nocturna, aumento de peso (___ libras), pérdida de peso (___ libras), intolerancia al ejercicio

Ojos

Ojos secos, irritación, cambio de visión

ENMT

Dificultad para escuchar, dolor de oído

Hemorragias nasales frecuentes, problemas de nariz y sinusitis

Dolor de garganta, sangrado de las encías, ronquidos, boca seca, anomalías orales, úlcera en la boca, anomalías en los dientes, respiración bucal

Cardiovascular

Dolor en el pecho con actividad, dolor en el brazo con actividad, dificultad para respirar al caminar, dificultad para respirar al acostarse, palpitaciones, soplo cardíaco conocido,

Respiratorio

Tos, sibilancias, dificultad para respirar, tos con sangre, apnea del sueño

Gastrointestinal

Dolor abdominal, vómitos, cambios en el apetito, heces negras o alquitranadas, diarrea frecuente, vómitos de sangre, dispepsia, reflujo

Genitourinario

Pérdida urinaria de control, dificultad para orinar, aumento de la frecuencia urinaria, hematuria, vaciado incompleto

Musculo esquelético

Dolores musculares, debilidad muscular, dolor en las articulaciones (localización _____), dolor de espalda, hinchazón en las extremidades

Tegumentario

Lunar anormal, ictericia, erupción, picazón, piel seca, crecimientos / lesiones

Neurológico

Pérdida de conciencia, debilidad, entumecimiento, convulsiones, mareos, dolores de cabeza frecuentes o severos, migrañas, piernas inquietas

Psiquiátrico

Depresión, ansiedad, trastornos del sueño, sueño inquieto, sensación de inseguridad en la relación, abuso de alcohol

Endocrino

Fatiga, aumento de la sed, pérdida del cabello, aumento del crecimiento del cabello, intolerancia al frío

Hematológico / Linfático

Inflamación de las glándulas, moretones fáciles, sangrado excesivo

Alérgico / Inmunológico

Secreción nasal, presión en los senos paranasales, picazón, urticaria, estornudos frecuentes

Otro:

Ninguno