

## HISTORIAL MÉDICO DE ADULTOS

<b>Información del paciente</b>	<b>Fecha de hoy:</b>
<b>Nombre en el seguro:</b> Apellido: _____ Nombre: _____	<b>Nombre con el que se identifica:</b> Apellido: _____ Nombre: _____
<b>Idioma primario:</b> <b>¿Necesita un intérprete?</b>	<b>Farmacia preferida:</b>
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Pronombres:</b>
<b>Sexo asignado al nacer:</b> __ Masculino __ Femenino __ Intersexual <b>Sexo legal:</b> __ Masculino __ Femenino __ X	<b>Identidad de género:</b>
<b>Orientación sexual:</b> __ Gay/Lesbiana __ Bisexual __ Heterosexual __ Otro:	<b>Estructura de relación:</b> __ Soltero/a __ Casado/a __ Pareja de hecho __ Monógama __ No monógama
<b>Raza:</b>	<b>Etnia:</b>
<b>Ocupación:</b>	__ Tiempo completo __ Tiempo parcial
<b>Nombre y parentesco de un contacto de emergencia:</b>	<b>Teléfono del contacto de emergencia:</b>
<b>¿Está transfiriendo la atención desde otro proveedor?</b> __ Sí __ No	<b>Si la respuesta es "Sí", nombre y teléfono del proveedor anterior:</b>

¿Cuáles son sus principales motivos para acudir hoy a la clínica?: *Tenga en cuenta lo más prioritario.* \_\_ Establecer atención primaria

---



---



---

### Historial médico

Adjunte hojas adicionales según sea necesario

Sin alergias

Necesita EpiPen

Ver adjunto

Alérgeno	Reacción	Gravedad	Edad de aparición

Adjunte hojas adicionales según sea necesario

Ninguno

Ver adjunto

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Motivo de la prescripción

Adjunte hojas adicionales según sea necesario

Ninguno

Ver adjunto

Suplemento	Dosis	Frecuencia	Motivo por el que lo toma

Enumerar todas las enfermedades o diagnósticos conocidos, eventos importantes (cirugías, hospitalizaciones, accidentes) e imágenes. Si corresponde, incluir nombre del proveedor e información de contacto.

Diagnóstico	Fecha	Nombre del especialista	Contacto de la clínica

Eventos importantes: cirugías, hospitalizaciones, accidentes	Fecha	Imágenes (rayos x, resonancia magnética, tomografía computarizada, ultrasonido, ECG, ecografía, etc.)	Contacto de la clínica

Vacuna	Fecha	Vacuna	Fecha
TDaP (tétanos, difteria, tos ferina)		MMR (sarampión, paperas, rubéola)	
Varicela/Herpes zóster		VPH/Gardasil	
Neumococo		Hepatitis A/B	
Meningococo		Haemophilus influenzae	
Gripe estacional		COVID	
Otra:		¿Tiene todas las vacunas infantiles de rutina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Historial de salud familiar: (Incluir casos de cáncer, hipertensión, abuso de sustancias, diabetes, diagnósticos cardíacos, etc.)**

Parentesco	Edad, si vive	Edad de la muerte	Historial médico
Madre			
Abuela materna			
Abuelo materno			
Padre			
Abuela paterna			
Abuelo paterno			
Hermanos			
Hijos			

### Historial social

Consumo de tabaco:  
 Nunca consumo  Antes consumía  Consumo actualmente  
 Tipo de productos de tabaco utilizados:  
 Si fuma, ¿cuántas cajetillas fuma al día?  
 Fecha de inicio:            Fecha en que lo dejó:

Consumo de alcohol:  
 Nunca consumo  Antes consumía  Consumo actualmente  
 Si bebe, ¿cuántas bebidas consume por día?:  
 ¿Le gustaría hablar sobre dejar de fumar?  Sí  No

Consumo de sustancias:  
 Nunca consumo  Antes consumía  Consumo actualmente

Sustancias utilizadas:  
 ¿Historial de uso de drogas intravenosas?  Sí  No  
 ¿Quieres que le administremos Narcan hoy?  Sí  No

¿Es sexualmente activo/a?  
 Sí  Actualmente no  Nunca

Anticonceptivos/Protección utilizada:  
 Abstinencia  Capuchón cervical  Condón  Diafragma  Parche  
 Implante  Inyección  DIU  Pastillas  Anillo vaginal  
 Esterilización  Conciencia de la fertilidad  Coito interrumpido

Sexo asignado al nacer de la pareja (esto nos ayuda a evaluar el riesgo general):

¿Hubo algún cambio en su libido?  Sí  No  
 ¿Desea hablar de esto?  Sí  No

¿Alguna vez se ha hecho la prueba del VIH? __ Sí __ No Fecha de la última prueba: ¿Le gustaría hablar hoy sobre los medicamentos profilácticos (PreP) contra el VIH? __ Sí __ No	¿Alguna vez has dado positivo de una ITS? __ Sí __ No Si la respuesta es "Sí", ¿de qué enfermedad era el positivo? ¿Alguna vez le han hecho la prueba de hepatitis C? __ Sí __ No
¿Está pensando en quedar embarazada durante el próximo año? __ Sí __ No ¿Ha tenido algún aborto espontáneo? __ Sí __ No	¿Siente dolor durante las relaciones sexuales? __ Sí __ No Si la respuesta es "Sí", explique:

### Evaluación de seguridad

¿Usa el cinturón de seguridad en el automóvil? __ Sí __ No	¿Usa casco cuando se recomienda hacerlo? __ Sí __ No
¿Tiene suficiente para comer? __ Sí __ No	¿Tiene una vivienda segura y estable? __ Sí __ No
¿Tiene dificultades de transporte? __ Sí __ No	¿Hay problemas de humedad en su casa? __ Sí __ No
¿Tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones? __ Sí __ No	¿Hay detectores de humo y monóxido de carbono en su casa? __ Sí __ No
¿Hay armas en su casa? __ Sí __ No Si la respuesta es "Sí", ¿están almacenadas de forma segura? __ Sí __ No	¿Puede pagar las facturas de servicios públicos? __ Sí __ No
¿Con qué frecuencia alguien (incluyendo familiares y amigos) lo/a lastima físicamente?	__ Nunca __ Rara vez __ A veces __ Con bastante frecuencia __ Con frecuencia
¿Con qué frecuencia alguien (incluyendo familiares y amigos) le insulta o menosprecia?	__ Nunca __ Rara vez __ A veces __ Con bastante frecuencia __ Con frecuencia
¿Con qué frecuencia alguien (incluyendo familiares y amigos) amenaza con hacerle daño?	__ Nunca __ Rara vez __ A veces __ Con bastante frecuencia __ Con frecuencia
¿Con qué frecuencia alguien (incluyendo familiares y amigos) le grita o insulta?	__ Nunca __ Rara vez __ A veces __ Con bastante frecuencia __ Con frecuencia

### Revisión de sistemas: Indica si has experimentado alguno de los siguientes síntomas durante el año pasado. Complete las preguntas basadas en los diferentes órganos de su cuerpo

Sistema	Síntomas	Información adicional
Constitución	__ Pérdida de peso      __ Aumento de peso      __ Escalofríos __ Fiebre                    __ Sudores nocturnos      __ Intolerancia al calor __ Disminución del apetito __ Fatiga                      __ Intolerancia al frío __ Aumento de la sed	Última prueba de pie diabético: Proveedor:
Ojos, boca, garganta, nariz y oídos	__ Lentes correctivos      __ Puntos ciegos              __ Cambio en la visión __ Irritación ocular        __ Visión doble                __ Dolor ocular __ Pérdida de la audición __ Dolor de oído                __ Zumbidos en los oídos __ Vértigo                      __ Presión en el oído        __ Sangrados nasales frecuentes __ Presión en la cara        __ Congestión nasal        __ Dolor de garganta __ Sangrado de encías      __ Ronquidos/apnea        __ Problemas dentales __ Dificultad para tragar    __ Dolor de boca	Último examen dental: Proveedor:  Último examen de la vista: Proveedor:

Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Extremidades frías <input type="checkbox"/> Venas varicosas	<input type="checkbox"/> Aturdimiento <input type="checkbox"/> Hinchazón de piernas <input type="checkbox"/> Disminución de la resistencia	<input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Antecedentes de fiebre reumática	¿Ve a un cardiólogo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Proveedor: ¿Puede subir dos tramos de escaleras? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Respiratorio	<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Tos con sangre	<input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Dificultad para estar acostado/a	¿Ve a un pulmonólogo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Proveedor:
Digestivo	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Heces alquitranadas <input type="checkbox"/> Exceso de gases <input type="checkbox"/> Infección por parásitos	<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Heces con mucosidad	<input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Sangre en las heces <input type="checkbox"/> Reflujo ácido <input type="checkbox"/> Hemorroides	¿Ve a un gastroenterólogo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Proveedor: Última colonoscopia:
Genitourinario	<input type="checkbox"/> Pérdida de orina <input type="checkbox"/> Orinar con mayor frecuencia <input type="checkbox"/> Micción lenta	<input type="checkbox"/> Micción incompleta <input type="checkbox"/> Mayor urgencia para orinar <input type="checkbox"/> Despertarse para orinar	<input type="checkbox"/> Dolor al orinar <input type="checkbox"/> Antecedentes de piedras <input type="checkbox"/> ITU frecuentes	¿Ve a un urólogo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Proveedor:  Última prueba PSA/examen de próstata:
Músculos y huesos	<input type="checkbox"/> Dolores musculares <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar	<input type="checkbox"/> Debilidad muscular <input type="checkbox"/> Calambres musculares <input type="checkbox"/> Antecedentes de fracturas	<input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones <input type="checkbox"/> Dolor de cuello	¿Se ha caído durante el año pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Última prueba de densidad ósea:
Piel	<input type="checkbox"/> Cambios en un lunar <input type="checkbox"/> Heridas <input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Cambio en cabello/uñas <input type="checkbox"/> Eccema	<input type="checkbox"/> Lesiones en la piel <input type="checkbox"/> Soriasis <input type="checkbox"/> Picazón	¿Ve a un dermatólogo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Proveedor:
Neurológico	<input type="checkbox"/> Pérdida de consciencia <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Cambios en la forma de caminar <input type="checkbox"/> Cambios en la memoria	<input type="checkbox"/> Hormigueo/entumecimiento <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Antecedentes de conmoción cerebral <input type="checkbox"/> Espasmos/tics	<input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Cambios en el habla	¿Ve a un neurólogo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Proveedor:
Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Alucinaciones <input type="checkbox"/> Ataques de pánico <input type="checkbox"/> Trastorno alimentario	<input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas <input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático	<input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Humor cambiante <input type="checkbox"/> Paranoia	¿Ve a un terapeuta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Proveedor: ¿Tiene un prescriptor psiquiátrico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Proveedor:
Sangre, sistema linfático, sistema inmunitario	<input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes	<input type="checkbox"/> Moretones <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación <input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos inflamados	<input type="checkbox"/> Sangrado fácil <input type="checkbox"/> Antecedentes de transfusión <input type="checkbox"/> Enfermedades frecuentes	¿Ve a un alergista o inmunólogo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Proveedor:
Reproductivo	<input type="checkbox"/> Disminución de la libido <input type="checkbox"/> Infertilidad <input type="checkbox"/> Antecedentes de hernia <input type="checkbox"/> Menstruación irregular <input type="checkbox"/> Manchado intermenstrual <input type="checkbox"/> Menstruaciones abundantes <input type="checkbox"/> Dolor vaginal <input type="checkbox"/> Sofocos	<input type="checkbox"/> Calambres fuertes <input type="checkbox"/> Lesión vaginal <input type="checkbox"/> Picazón/ardor <input type="checkbox"/> Secreción anormal <input type="checkbox"/> Olor anormal <input type="checkbox"/> Sequedad vaginal <input type="checkbox"/> Dolor pélvico <input type="checkbox"/> Antecedentes de PAP anormal	<input type="checkbox"/> Dolor testicular <input type="checkbox"/> Bulto testicular <input type="checkbox"/> Dolor de pene <input type="checkbox"/> Secreción del pene <input type="checkbox"/> Lesión en el pene <input type="checkbox"/> Disfunción eréctil	¿Ve a un ginecólogo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del último PAP:
Mamario	<input type="checkbox"/> Bulto en el pecho <input type="checkbox"/> Cambios en la piel del pecho	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Secreción del pezón	<input type="checkbox"/> Hoyuelos en el pecho	Fecha de la última mamografía:

**PHQ-9**

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado lo siguiente?

Poco interés o placer al hacer cosas	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Sentir tristeza, desesperanza o depresión	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Problemas para conciliar el sueño o sentirse con poca energía	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Falta de apetito o comer en exceso	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Sentirse mal con usted mismo/a	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Dificultades para concentrarse en el trabajo o el estudio	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Moverse/hablar lentamente o estar inquieto/a	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Pensar en suicidarse o lastimarse	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Si marcó alguna de las opciones anteriores, ¿en qué medida estos problemas le han dificultado el hacer su trabajo, cuidar su hogar o llevarse bien con otras personas?	<input type="checkbox"/> No lo han dificultado en nada <input type="checkbox"/> Lo han dificultado un poco <input type="checkbox"/> Lo han dificultado mucho <input type="checkbox"/> Lo han dificultado en extremo

**GAD-7**

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

Sentirse nervioso/a, ansioso/a o al límite	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
--	--

No poder detener o controlar su preocupación	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Preocuparse demasiado por diferentes cosas	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Tener dificultades para relajarse	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Sentir tanta intranquilidad que no puede quedarse quieto/a	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Molestarse o irritarse fácilmente	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Sentir miedo como si estuviera por pasar algo terrible	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días

### Cuestionario sobre trastornos del estado de ánimo

¿Alguna vez ha tenido una etapa en la que no era el mismo o la misma de siempre y...

se sintió tan bien o tan hiperactivo/a que otras personas pensaron que no era su yo normal, o estaba tan hiperactivo/a que se metió en problemas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	estaba tan irritable que le gritó a otras personas o inició peleas o discusiones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
se sintió mucho más seguro/a de sí mismo/a que lo habitual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	durmió mucho menos de lo habitual y descubrió que realmente no lo necesitaba?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
hablaba mucho más o hablaba más rápido de lo habitual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	los pensamientos se aceleraban en su cabeza o no podía frenar su mente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
se distraía tan fácilmente con las cosas que le rodeaban que tenía problemas para concentrarse o mantenerse en algo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	tenía mucha más energía de lo habitual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
era mucho más sociable o extrovertido/a que de costumbre? (por ejemplo, llamó por teléfono a amigos en medio de la noche)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	estaba mucho más interesado/a en el sexo que de costumbre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
hizo cosas que eran inusuales para usted o que otras personas podrían haber considerado excesivas, tontas o arriesgadas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	gastar dinero lo/a metió a usted o a su familia en problemas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si marcó Sí en más de una de las respuestas anteriores, ¿varias de estas cosas sucedieron durante el mismo período de tiempo?	Sí No
¿En qué medida esto le causó alguno de estos problemas?: poder trabajar; tener problemas familiares, económicos o legales; entrar en discusiones o peleas Ningún problema    Problemas menores    Problemas moderados    Problemas graves	
¿Alguno de sus parientes consanguíneos ha tenido una enfermedad maníaco-depresiva o un trastorno bipolar?	Sí No
¿Alguna vez un profesional de la salud le ha dicho que padece una enfermedad maníaco-depresiva o un trastorno bipolar?	Sí No