

SU SALUD

¿Cuáles son sus principales inquietudes por las que nos visita hoy? Enumérelas en orden de prioridad del 1 al 4.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS ACTUALES (que está tomando)

Medicamento/Suplemento	Dosis/Frecuencia

ALERGIAS

Medicamentos/suplementos/alimentos/entorno:	Reacción: (erupciones, náuseas, dificultad para respirar, anafilaxia)

CONSUMO DE ALCOHOL

¿Cuántos tragos bebe por semana actualmente?

1 trago = 5 oz de vino, 12 oz de cerveza, 1.5 oz de bebidas alcohólicas de alta graduación

Ninguno 1-3 4-6 7-10 > 10

CONSUMO DE TABACO

Exfumador Fumador

¿Cuántos años? _____

Paquetes por día: _____

Consumo de drogas ilegales: Actual Pasado Nunca Desconocido

ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS

Edad de la primera menstruación: _____ Fecha de la última menstruación: _____ / _____ / _____
Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____ / _____ / _____ Fecha de la última mamografía: _____ / _____ / _____
Fecha de la última colonoscopia: _____ / _____ / _____ Fecha de la última densitometría ósea: _____ / _____ / _____

ANTECEDENTES MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

DIAGNÓSTICO	FECHA DEL INICIO O LA RESOLUCIÓN

CIRUGÍAS	FECHA

ANTECEDENTES FAMILIARES

Enumere las afecciones o enfermedades (p. ej., cáncer, presión alta, diabetes, enfermedades autoinmunitarias, enfermedades cardíacas y hematológicas, asma, depresión, consumo de sustancias, celiaquía, síndrome del intestino irritable [SII]).

Familiar	Diagnóstico	Edad de inicio	Si falleció, edad de muerte
Madre			
Padre			
Hermano			
Hermana			
Abuela paterna			
Abuelo paterno			
Abuela materna			
Abuelo materno			