



# Community Health Center of the North Country

## FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD

<b>Nombre</b> (apellido, nombre de pila, M.I.):	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>DOB:</b>
<b>Estado civil:</b>	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Apartado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
<b>Dirección:</b>		
<b>Número de Teléfono:</b>	<b>Ocupación:</b>	
<b>Contacto de Emergencia (Nombre &amp; Teléfono):</b>		
<b>Nombre del Padre / Guardián:</b>	<b>Dirección de Correo Electrónico:</b>	
¿Tiene una directiva avanzada o testamento vital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

### HISTORIAL MÉDICO

Compruebe si tiene, o ha tenido, lo siguiente (marque todas las que apliquen):

<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/> Carrera	<input type="checkbox"/> Reemplazo de Cadera	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta/Baja	<input type="checkbox"/> Reemplazo de Rodilla	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPD/Enfisema	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Sustitución de la Válvula	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Infecciones de la Vejiga	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Desorden Sangrante	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Dolor Crónico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Úlceras/Reflujo	<input type="checkbox"/> artritis	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides	<input type="checkbox"/> Drogadicción	<input type="checkbox"/> Adicción al Alcohol	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación	<input type="checkbox"/> Fabricante de ritmo	<input type="checkbox"/> Enfermedad Vasculat Periférica	<input type="checkbox"/>

Otras Enfermedades no incluidas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cirugías		
Año	Razón	Hospital

Otras Hospitalizaciones		
Año	Razón	Hospital

¿Estás embarazada actualmente?  Sí  No

**Enumere sus medicamentos recetados, y los medicamentos de venta libre, incluyendo vitaminas y suplementos de hierbas a continuación:**


**Tienes alguna alergia:**  Sí  No

Alergia	Reacción que Tuviste

<b>Cafeína</b>	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Café	<input type="checkbox"/> Té	<input type="checkbox"/> Reajuste Salarial
	Número de tazas/latas/día?			
<b>Alcohol</b>	¿Bebes alcohol?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Cuántas bebidas por semana?			
<b>Tabaco</b>	Usas tabaco?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Cigarrillos - paquetes/día _____	<input type="checkbox"/> mascando tabaco - #/día _____	<input type="checkbox"/> La pipa - #/día _____	<input type="checkbox"/> Puros - #/día _____
	_____ # de años	O año de renuncia: _____		

### HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR

Por favor verifique si alguien en su familia tiene alguna de las siguientes enfermedades. **En caso afirmativo, sírvase indicar quién.**

<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Anemia/blood disorder	<input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia
<input type="checkbox"/> COPD/Emfisema	<input type="checkbox"/> Cálculos Renales	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Úlceras/Reflujo	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides
<input type="checkbox"/> Adicción al Alcohol	<input type="checkbox"/> Drogadicción	<input type="checkbox"/> Suicidio
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> _____

Otras enfermedades / enfermedades no incluidas en la lista: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_