



Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Pt. Acct. #: \_\_\_\_\_

Nacimiento: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD**

Nuestra oficina sigue escritas pólíticas y procedimientos para proteger la privacidad de su información personal. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se mantendrán de forma confidencial conforme a las leyes que sean pertinentes. Favor de tomar en cuenta que se le harán algunas preguntas acerca a sus respuestas a este cuestionario y puede haber preguntas adicionales acerca de su salud. Esta información es de vital importancia para permitirnos proporcionarle el cuidado apropiado a usted. No utilizamos esta información para discriminar.

Nombre Legal:	Prefiero que me llamen:		
¿Cuál es su identidad de género actual?	¿Qué género le fue asignado al nacer?		
Hombre: ___ Mujer: ___ Otra: _____	Hombre: ___ Mujer: ___ Otra: _____		
¿Qué idioma prefiere que usemos?			
<b>Si está completando este formulario para otra persona, ¿qué es su relación con esa persona?</b>			
Su Nombre:		Su Relación:	
<b>¿Tiene cualquiera de lo siguiente?</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No Esto Seguro</b>
Un síntoma o más de Tuberculosis (TB) tal como tos continúa, toser sangre, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, o fatiga excesiva			
Contacto cercano con alguien con una enfermedad infecciosa de TB			
Persona nacida en cualquier país fuera de los Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, o un país en Europa Occidental o del Norte de Europa			
Viajero por más de un mes a un país con alta prevalencia de TB específicamente un país fuera de los Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, o un país en Europa Occidental o del Norte de Europa			
Empleado actual o pasado de un establecimiento correccional, establecimiento de cuidado a largo plazo, hospital, o albergue para desamparados			
Antecedentes de prueba de TB positiva o enfermedad de TB			
<b>Si respondió sí a cualquiera de las preguntas arriba, favor de detenerse y regresar este formulario a la recepción</b>			
<b>Información Médica</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Si respondió "Sí" favor de explicar</b>
¿Fuma o mastica tabaco?			Tipo y frecuencia _____
¿Desde cuando usa productos de tabaco?			¿Le interesa dejar de usar el tabaco?
¿Bebe bebidas alcohólicas?			¿Cuántas bebidas al día/Semana?
¿Usa sustancias reguladas (drogas, i.e., marihuana, cocaína, metanfetamina, heroína,			¿Actualmente o en el pasado?
¿Toma cafeína (café, té, soda, bebidas energéticas)?			¿Cuántas al día? _____
¿Está embarazada?			Si lo está, ¿desde cuándo? _____
Describa sus hábitos de alimentación (malos, bien balanceados, vegetarianos, sin gluten):			
Fecha de su último examen dental: _____			

**HISTORIAL QUIRÚRGICO (Favor de anotar toda previa operación y las fechas)**

**Sus Medicamentos**  
 Favor de anotar todos sus medicamentos inclusive inyecciones con dosis y frecuencia, vitaminas (naturales o preparaciones con hierbas) y/o suplementos dietéticos:

ALERGIAS (Favor de anotar todo medicamento, alimento o cualquier cosa que le cause alergia o reacción)	Tipo de Reacción

¿Ha tenido cualquiera de lo siguiente?	Sí	No		Sí	No
Enfermedad Cardiovascular			Emfisema/EPOC		
Alta presión			Problemas de coagulación /Hemofilia		
Ataque cardíaco y cuando:			Bulimia/Anorexia		
Transfusión de sangre Fecha:			Problemas de tiroides Tipo:		
Trastornos mentales Tipo:			Hepatitis/enfermedad del hígado Tipo:		
Cáncer Tipo y cuándo:			Problema Neurológico Tipo:		
Problemas del riñón			Reflujo ácido		
SIDA o Infección del VIH			Alergias estacionales		
Enfermedad Reumatológica (eg Lupus, AR, etc.) Tipo:			Enfermedad cardíaca reparada con derivaciones, catéter o regurgitación		
Asma			Previa endocarditis infecciosa		

¿Tiene cualquier otra enfermedad, condición o problema no anotado arriba del que cree que deberíamos estar al tanto?

**Se recomienda al doctor y al paciente considerar toda causa de salud pertinente antes del tratamiento.**  
 Certifico que he leído y entiendo lo escrito arriba y que la información proporcionada en este formulario es exacta. Entiendo la importancia de un historial de salud honesto y que mi proveedor y su personal se valdrán de esta información para rendirme tratamiento. Afirmo que se a dado contestación satisfactoria a cualquiera de mis preguntas tocantes a cualquier tema anotado arriba. No haré responsable a mi proveedor, o a cualquier miembro de su equipo por cualquier acción que tomen o no tomen debido a errores u omisiones en este formulario.

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

Firma del Proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_