



Historia Medica

Cita Anual Cita para nuevo embarazo

Preferencia de recordar la cita: teléfono text

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ OK para mandar notas a PCP: Si No

Farmacia: _____ Numero de Tel: _____

Por favor anote sus alergias, medicamentos, condiciones/problemas médicos, hospitalizaciones o cirugías que hayan cambiado u ocurrieron desde su última visita.

Por favor sea detallada lo más posible.

NO HAY CAMBIOS

NUEVOS MEDICAMENTOS (describa)

1		3	
2		4	

NO HAY CAMBIOS

NUEVA ALERGIAS (describa)

1		3	
2		4	

NO HAY CAMBIOS

NUEVOS PROBLEMAS MEDICOS/CONDICIONES (describa)

1		4	
2		5	
3		6	

NO HAY CAMBIOS

HOSPITALIZACIONES O CIRUGIAS (desde si última cita)

	Ano	Razón		Doctor	Comentarios
1					
2					
3					

NO HAY CAMBIOS

HISTORIA FAMILIAR (Anote enfermedad y miembro de familia)

1		3	
2		4	

INFORME SOCIAL

Violencia Domestica (marque lo apropiado): Actual Pasado Nunca

Alcohol: Si No Tipo: _____ # Bebidas por semana: _____

Drogas: Si No Tipo: _____ Frecuencia: _____

Fumador actual de tabaco? Si No Tipo: _____ Cantidad al día? _____

Ex fumador de Tabaco? Si No Tipo: _____ Cantidad al día? _____

Quando deajo de fumar? _____

Usuario actual de Vape? Si No Tipo: _____ Cantidad al día? _____

Ex usuario de Vape? Si No Tipo: _____ Cantidad al día? _____

Quando deajo de Vapar? _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Providers Initials: _____ **Nurse/MA:** _____ **Date keyed into NG:** _____