



FAMILY MEDICINE HEALTH - HISTORY QUESTIONNAIRE

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y se convertirá en parte de su registro médico.

Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento
Proveedor anterior o referente:	Fecha del último examen físico:	
RAZÓN PARA SU VISITA HOY:		

HISTORIA DE LA SALUD PERSONAL

Enumere cualquier problema médico que haya sido diagnosticado o tratado:

Alergias a medicamentos	
Nombre de la droga	Reacción

Enumere sus medicamentos recetados actuales y medicamentos de venta libre, como vitaminas e inhaladores

Nombre de la droga	Fuerza	Frecuencia tomada

HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR

¿Algún miembro de la familia tiene problemas de salud significativos? Sí No En caso afirmativo, enumera.

SOLO MUJERES

Fecha de la última menstruación:

Número de embarazos _____ Número de nacidos vivos _____

¿Estás embarazada o amamantando? Sí No

Fecha del último examen de Papanicolaou? Fecha de la última mamografía?

SOLO HOMBRES

¿Usualmente te levantas para orinar durante la noche? Sí No

Si es así, número de veces _____

¿Tiene algún problema para vaciar completamente la vejiga? Sí No

Fecha de la última próstata y examen rectal? Sí No

Firma del Paciente / Guardián: _____ Fecha: _____

Con esta firma, verifico que toda la información dada es actual y exacta.