

Nombre: _____ Ficha médica # _____
 Fecha de hoy _____ Edad _____ Sexo _____ Estatura _____ Fecha de nacimiento _____
 Estado civil: Casado/a Soltero/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Ocupación _____

Por favor, escriba una lista de sus problemas actuales:

Alergias: Ninguna Sí, apunte alegrías a medicamentos, alimentos, o polens:

Medicinas actuales y Dosis: Ninguna Sí, apunte también las medicinas que no necesitan receta y vitaminas:

1-	5-	9-
2-	6-	10-
3-	7-	11-
4-	8-	12-

Enfermedades que ha tenido en el	Sí	No	No sé		Sí	No	No sé		Sí	No	No sé
Sarampión				Paperas				Migrañas			
Rubéola				Fiebre reumática				Varicela			
Mononucleosis				Meningitis				Hernia			
Pulmonía				Diabetes				Sífilis			
Enfisema				Problemas tiroideos				Infección venéreas			
Asma				Gota				Colapso nervioso			
Piedras (riñones)				Cáncer (tipo)				Atentados de suicidio			
Infección (riñones)				Colitis				Depresión (requiere medicinas)			
Úlceras				Diverticulitis				Abuso de drogas/alcohol			
Hepatitis				Colon nervioso				Lesión seria en la cabeza			
Infección del hígado				Ataques al corazón				Transfusiones			
Infección de la vesícula				Murmullos en el corazón				Otras enfermedades graves/lastimaduras			
Sida				Derrames cerebrales							
Tendencia a sangrar				Presión alta							
Tuberculosis				Problema del corazón							
Tuberculosis prueba positivo				Epilepsia/ataques							

Hombre solamente	Sí	No	No sé		Sí	No	No sé		Sí	No	No sé
Enlargamiento próstata				Infección prostata				Epididimitis			
Problemas testículos				Infecciones orina				Otras			

Mujeres solamente	Sí	No	No sé		Sí	No	No sé		Sí	No	No sé
Papanicolau anormal				Cistes (ovarios)				Cistes benignos pecho			
Fibroides uterinos				Infecciones (orina)				Infección pélvica			
Trastornos premenstruales				Anticonceptivos (tipo)				Períodos dolorosos			
Edad de 1 ^{er} período				Fecha del último período				¿ Períodos regulares?			
Número de embarazos				Número de hijos				# Abortos: naturales / provocados			

Operaciones: Tipo/año: <input type="checkbox"/> Ninguna								Accidentes Graves: <input type="checkbox"/> Ninguno			
1				4				1			
2				5				2			
3				6				3			

Exámenes médicos que ha tenido (Fechas)	Sí	No	No sé		Sí	No	No sé		Sí	No	No sé
Físico				Examen materia fecal (sangre oculta)				Mamograma			
Papanicolau anormal				Sigmoidoscopia				Test tuberculina			
Otras:											

Inmunizaciones	Sí	No	Fecha		Sí	No	Fecha		Sí	No	Fecha
Tétano				Pulmonía				Rubéola			
Sarampión				Polio				Hepatitis			
Tuberculosis (BCG)				Gripe/influenza				Otras			

Nombre:

Ficha medica #

Antecedentes médicos en su familia	Si vive, edad y estado de salud	Si falleció edad al fallecer y causa	¿ Algún pariente consanguíneo ha tenido:			
			Condiciones Médicas	Si	No	Quien
Abuelo paterno			Ataque al corazón			
Abuela paterna			Enfermedades del corazón			
Abuelo materno			Presión arterial alta			
Abuela materna			Derrame cerebral			
Padre			Cáncer de pecho			
Madre			Cáncer			
Hermano(s)			Tipo -			
Hermana(s)			Diabetes que requiere insulina			
			Diabetes que no requiere insulina			
			"Sickle Cell Disease" (Anemia de células falciformes)			
Hijo(s)			Asma			
			Tuberculosis			
			Enfermedades de la tiroides			
Hija(s)			Problemas emocionales			
			Abusos de alcohol / droga			
			Migrañas			
			Tendencia a sangrar			
Esposo/a			Otras			

COSTUMBRES:

FUMAR **Si** **No**

¿ Fuma ahora? [] []

¿ Ha fumado alguna vez? [] []

¿ Cuántos paquetes fuma / ha fumado por día?

¿ Por cuántos años? Si ha dejado de fumar, ¿cuándo?

¿ Qué fuma / ha fumado? Cigarillos Cigarros Pipa

BEBIDA **Si** **No**

¿ Bebe alcohol? [] []

¿ Ha tenido alguna vez problemas con el alcohol?

¿ Con qué frecuencia bebe ud alcohol? raramente 1 vez por mes 1 vez por semana mas de 5 veces por semana

¿ Que bebe ud? ¿ Cuántas tazas de cafe por día?

DROGAS - **Si** **No**

¿ Usa drogas?: [] []

¿ Cuáles?

¿ Con qué frecuencia? raramente una vez por mes semanalmente a diario

EJERCICIO **Si** **No**

¿ Hace ejercicio regularmente? [] []

¿ Qué tipo de ejercicio?

¿ Con qué frecuencia?

PRECAUCIONES - ¿usa cinturón al manejar? nunca raramente algunas veces la mayoría del tiempo siempre

RELACIONES - ¿cuál es su preferencia sexual? hombres solamente mujeres solamente ambos

¿ Con cuántas personas ha tenido contacto sexual durante el último año? 0-1 2-5 mas de 5