



### FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA DEL ADULTO

Summit Pacific Healthcare Clinic | Elma Family Medicine | McCleary Healthcare Clinic

Este cuestionario será una parte privada y confidencial de su expediente médico según lo dispuesto por la ley.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Género: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Farmacia de Elección: \_\_\_\_\_

#### Alergias

#### Reacción

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

#### Medicamentos

_____
_____
_____
_____

#### Condiciones y Problemas Médicos (Encierre en un círculo o mencione en las líneas de abajo)

Hipertensión	Diabetes	Colesterol Alto	Cáncer	Derrame Cerebral
Infarto	Depresión	Problemas de Tiroides	Ansiedad	Dolor Crónico
EPOC	Asma	Insuficiencia Cardíaca	Apnea del Sueño	Cardiopatía

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

#### Antecedentes Quirúrgicos

Apéndice	Vesícula Biliar	Histerectomía	Amígdalas	Túnel Carpiano
Espalda/Cuello	Prótesis de Rodilla/Cadera	Ligadura de Trompas	Hernia	Cirugía Cardíaca

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

*Josh Martin, Director General*

**Antecedentes Médicos Familiares**

Antecedentes Familiares Desconocidos  Adoptado  
Familiar

Condición

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Condición Socio-Económica**

¿Tiene un cuidador, una persona de apoyo?  Sí  No

¿Tiene usted un poder notarial o un tutor? Si la respuesta es sí, nombre: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted una Orden Médica para Tratamiento de Soporte Vital o Directrices Anticipadas de atención médica?  Sí  No

Miembros del grupo familiar – ¿Quién vive con usted? \_\_\_\_\_

¿Usted tiene lugar donde vivir?  Sí  No

Por favor descríballo: \_\_\_\_\_

Soltero/a  Casado/a  Concubinato  Viudo/a

**Tabaquismo**

¿Cuál es su estado de consumo de nicotina?

Fumador diario actualmente  Fumador ocasional actualmente  Ex fumador  Nunca

Cigarrillo electrónico  Tabaco de mascar  Fumador pasivo

Si actualmente fuma, ¿qué fuma?  Cigarros  Pipa  Puros  Cigarrillo Electrónico

Si actualmente usa nicotina, ¿le gustaría dejar de fumar?

Estoy considerándolo  No estoy considerándolo  Tengo una fecha tope  Ya lo he dejado antes

¿Cuándo empezó a fumar? \_\_\_\_\_

Si usted es un ex fumador, ¿cuándo dejó de fumar? \_\_\_\_\_

**Alcohol**

¿Consume alcohol?  Actualmente  Nunca  Anteriormente (Fecha en que lo dejó: \_\_\_\_\_)

¿Qué tan frecuentemente consume alcohol?

0-2 tragos al día  3 o más tragos al día  Algunas veces a la semana  Algunas veces al mes

Solo en fiestas/ocasiones especiales  Otro: \_\_\_\_\_

**Para mujeres**

¿Le han hecho una histerectomía?  Sí  No ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿A qué edad tuvo su primera menstruación? \_\_\_\_\_

¿Cuánto dura su menstruación?  Menos de 3 días  3-5 días  6-7 días  8-10 días  Más de 10 días

Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su último periodo menstrual? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de anticonceptivo usa? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna vez una citología vaginal anormal?  Sí  No

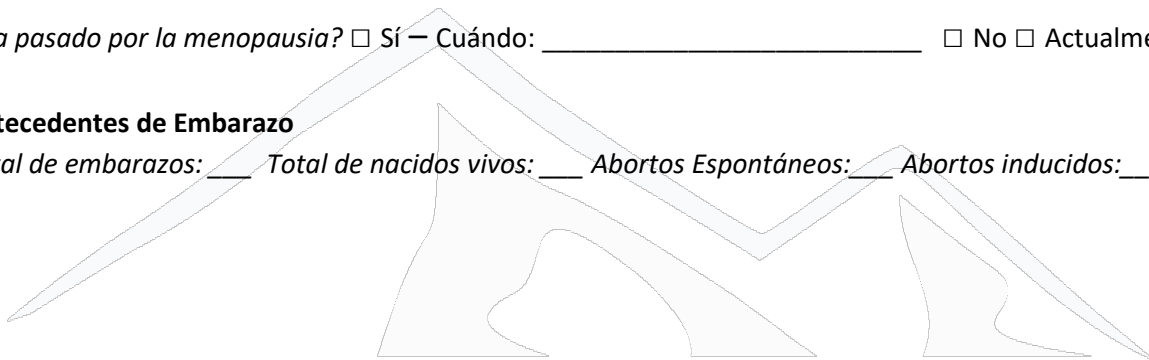
¿Cuándo fue su última citología vaginal? \_\_\_\_\_

¿Su última citología vaginal salió normal?  Sí  No

¿Ha pasado por la menopausia?  Sí – Cuándo: \_\_\_\_\_  No  Actualmente

**Antecedentes de Embarazo**

Total de embarazos: \_\_\_\_ Total de nacidos vivos: \_\_\_\_ Abortos Espontáneos: \_\_\_\_ Abortos inducidos: \_\_\_\_



**CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE - 9**

**(PHQ-9)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<i>¿Con qué frecuencia se ha sentido afectado por cada uno de los siguientes síntomas durante las últimas 2 semanas?</i>	<i>En lo absoluto</i>	<i>Varios días</i>	<i>La mayoría de los días</i>	<i>Casi todos los días</i>
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Sentirse deprimido, de ánimos bajos o desesperanzado	0	1	2	3
3. Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o duerme demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o con poca energía	0	1	2	3
5. Falta de apetito o come en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo - o que es un fracaso o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se mueve o habla tan despacio como para que otras personas no lo noten? O lo contrario - está tan inquieto que ha estado más activo de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
	PHQ9 Puntaje Total:			
¿Qué tan difícil han sido estos problemas para que usted haga su trabajo, se ocupe de las cosas en casa o se lleve bien con otras personas?	Nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil