

## School Based Health Care – KU Wichita USD 261 Haysville

### FORMULARIO DE HISTORIAL DEL PACIENTE

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **FECHA NACIMIENTO** \_\_\_\_\_ **FECHA DE HOY** \_\_\_\_\_

¿Por qué está hoy aquí? \_\_\_\_\_

**ENUMERE SUS ENFERMEDADES, HOSPITALIZACIONES, CIRUGÍAS Y LESIONES:**

Fecha	Motivo
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**ENUMERE SUS MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS ACTUALES:**

Nombre de la medicina	Concentración	Indicaciones para su uso
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**CUALQUIER ALERGIA (Medicamentos, alimentos, etc.)**

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN:**

Última vacuna antitetánica (Td o Tdap) \_\_\_\_\_ Última vacuna antigripal \_\_\_\_\_  
 ¿Ha recibido una vacuna contra la neumonía? SÍ NO ¿Ha recibido una vacuna contra el herpes zóster? SÍ NO

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Parentesco	Edad	Cualquier problema de salud
Padre _____	_____	_____
Madrer _____	_____	_____
Hermano(s) _____	_____	_____
Hijos _____	_____	_____

¿Algún pariente consanguíneo ha tenido alguna vez?:

Cáncer	SÍ	NO	Alta presión arterial	SÍ	NO	Convulsiones	SÍ	NO
Tuberculosis	SÍ	NO	Diabetes	SÍ	NO	Problemas emocionales	SÍ	NO
Problemas cardíacos	SÍ	NO	Apoplejía/derrame	SÍ	NO	Abuso de sustancias	SÍ	NO
Gota/Artritis	SÍ	NO	Tendencia a sangrar	SÍ	NO			

**ANTECEDENTES SOCIALES (Encierre uno en un círculo):**

Estado civil: SOLTERO CASADO SEPARADO DIVORCIADO VIUDO  
 Preferencia sexual: MASCULINO FEMENINO AMBOS  
 ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes? SÍ NO

¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_ ¿Qué forma de transporte usa? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene un empleo fuera del hogar? SÍ NO ¿Cuál es su puesto de trabajo? \_\_\_\_\_  
 ¿Está o alguna vez ha estado expuesto a gases, polvo o solventes? SÍ NO

¿Consume tabaco (cigarrillos, cigarros, pipa, tabaco para mascar)? SÍ NO En caso negativo, ¿consumió anteriormente? SÍ NO  
 ¿Cantidad consumida (anterior o actualmente)? \_\_\_\_\_ Cajetillas o paquetes por día  
 ¿Consume bebidas alcohólicas? SÍ NO ¿Cantidad consumida? \_\_\_\_\_ Bebidas alcohólicas por semana \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez ha consumido algunos de los siguientes? MARIHUANA \_\_\_ COCAÍNA \_\_\_ HEROÍNA \_\_\_ METANFETAMINA \_\_\_  
 OTRAS DROGAS INTRAVENOSAS \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES SOCIALES - continuación (Encierre uno en un círculo):**

¿Cinturones de seguridad?	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
¿Protector solar?	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
¿Ejercicio?	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
¿Comidas balanceadas regularmente?	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
¿Ve a un dentista con regularidad?	SÍ	NO	¿Última cita con el dentista? _____
¿Ve a un oculista con regularidad?	SÍ	NO	¿Último examen de la vista? _____

**¿ALGUNA VEZ HA PADECIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?**

Cambio de peso reciente	SÍ	NO	Latido cardíaco rápido o palpitación	SÍ	NO	Orinar con mayor frecuencia	SÍ	NO
Enfermedad de la piel	SÍ	NO	Dolor o pesadez en el pecho	SÍ	NO	Orinar por la noche	SÍ	NO
Ictericia (piel amarilla)	SÍ	NO	Falta de aliento	SÍ	NO	Dolor/ardor al orinar	SÍ	NO
Urticaria, eccema, sarpullido	SÍ	NO	Enfermedad/ataque corazón	SÍ	NO	Sangre en la orina	SÍ	NO
Lunares o cambios en la piel	SÍ	NO	Alta presión arterial	SÍ	NO	Infección renal	SÍ	NO
Problemas oculares	SÍ	NO	Inflamación manos/pies/tobillos	SÍ	NO	Cálculos renales	SÍ	NO
Usa anteojos	SÍ	NO	Soplo cardíaco	SÍ	NO	Incontinencia urinaria	SÍ	NO
Visión doble	SÍ	NO	Coágulos sanguíneos	SÍ	NO	Enfermedad de transmisión sexual	SÍ	NO
Dolores de cabeza	SÍ	NO	Anemia	SÍ	NO	Convulsiones/ataques	SÍ	NO
Sangre de nariz	SÍ	NO	Úlcera péptica	SÍ	NO	Desmayos	SÍ	NO
Problemas sinusales	SÍ	NO	Vómitos	SÍ	NO	Estremecimientos o trémulos	SÍ	NO
Problemas de oído	SÍ	NO	Enfermedad de vesícula biliar	SÍ	NO	Debilidad muscular	SÍ	NO
Pérdida de audición	SÍ	NO	Enfermedad del hígado	SÍ	NO	Articulaciones rígidas o dolorosas	SÍ	NO
Mareos	SÍ	NO	Hepatitis	SÍ	NO	Bochornos o arrebatos de frío	SÍ	NO
Dificultad para tragar	SÍ	NO	Sangre en las heces	SÍ	NO	Dificultad para tomar decisiones	SÍ	NO
Rigidez de nuca	SÍ	NO	Heces negras	SÍ	NO	Pérdida de la memoria	SÍ	NO
Enfermedad de la tiroides	SÍ	NO	Cambio en hábitos intestinales	SÍ	NO	Dificultad para relajarse	SÍ	NO
Glándulas inflamadas	SÍ	NO	Diarrea	SÍ	NO	Se enoja fácilmente	SÍ	NO
Tos	SÍ	NO	Acidez gástrica/indigestión	SÍ	NO	Está teniendo problemas sexuales	SÍ	NO
Asma/sibilancias	SÍ	NO	Dolor abdominal	SÍ	NO	Se siente solo o deprimido	SÍ	NO
Problemas para respirar	SÍ	NO	Dificultad para dormir	SÍ	NO	Alguna vez ha considerado suicidarse	SÍ	NO
Enfermedad pulmonar	SÍ	NO	Cansado casi todo el tiempo	SÍ	NO	Ataques de pánico o ansiedad	SÍ	NO

Considera su salud (encierre uno en un círculo):      EXCELENTE      BUENA      REGULAR      MALA

**PARA HOMBRES SOLAMENTE:**

Último examen testicular \_\_\_\_\_      Último examen de la próstata \_\_\_\_\_

**PARA MUJERES SOLAMENTE:**

Edad a la que comenzaron los ciclos menstruales \_\_\_\_\_      Última mamografía (examen de los senos) \_\_\_\_\_

¿Frecuencia de las menstruaciones? Cada \_\_\_\_\_ días      Masa mamaria o secreción del pezón      SÍ      NO

¿Cuánto duran las menstruaciones? \_\_\_\_\_ días

¿Cuánto duran las menstruaciones? \_\_\_\_\_ días

¿Cuánto duran las menstruaciones? \_\_\_\_\_ días

Fecha de la última menstruación \_\_\_\_\_      Número de embarazos \_\_\_\_\_

Flujo vaginal      SÍ      NO      Número de abortos naturales/provocados \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le han hecho un examen DEXA (densitometría ósea)?      SÍ      NO

En caso afirmativo, ¿cuándo fue el último? \_\_\_\_\_

**REVISIÓN:**

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_