

Monterey County Clinics
Historia Medica para Adultos

Nombre	Fecha de Nacimiento
--------	---------------------

Lo han visto en alguna otra clinica?

Nombre de la clinica:

Uso de tobacco:

- Nunca fumado
- Si, Yo fumo: _____ paquetes /Cigaros X dia
- Yo mastico Tobacco
- Estoy expuesto al humo de segunda mano

Alergias	reacción

Medicamentos: Actualmente esta tomado algun medicamento?

Vacunas

fecha de ultimo: Flu:
 Pneumococcal:
 Tdap (pertussis):

Alguna ves ha salido positivo en una prueba de TB (PPD) ? SI NO

Mujeres Y Hombres Mayores de 50 Años:

Usted a tenido una Colonoscopia? Si No Cuando? Nunca
 Alguna vez a recibido la Vacuna Zoster? Si NO Cuando? Nunca

Mujeres

Fecha de su ultima menstruación?

Ultimo Papanicolaou Fecha: Nunca

alguna vez a salido abnormal su examen de papanicolaou Si NO Nunca

usted a tenido un Mammograma? Si NO Cuando? Nunca

Ha tenido un Examen "Dexa" para comprobar si tiene osteoporosis?

Si NO Cuando? Nunca

Historia Medica

Alergias	S	N	Anemia	S	N	Ansiedad	S	N
Artritis	S	N	Asthma	S	N	Transfusión de sangre	S	N
Cáncer	S	N	Cataracas	S	N	CHF	S	N
Trastorno de coagulación	S	N	enfermedad pulmonar	S	N	Depresión	S	N
Diabetes	S	N	obstructiva cronica	S	N	ERGE	S	N
Glaucoma	S	N	Emphysema	S	N	VIH / SIDA	S	N
Hipertensión	S	N	Soplo cardíaco	S	N	Meningitis	S	N
Ataque del corazón	S	N	Problemas renales	S	N	Osteoporosis	S	N
Convulsiones	S	N	Problemas de musculos	S	N	Embolio	S	N
Abuso de sustancias	S	N	Anemia de células falciformes	S	N	Tuberculosis	S	N
úlceras	S	N	Enfermedad de tiroides	S	N			

OTROS:

Historia Quirúrgica

Apendectomía	S	N	Cesaria	S	N	Cirugía de próstata	S	N
Cirugía cerebral	S	N	Cirugía ocular	S	N	Cirugía de intestino	S	N
Cirugía de mama/cenos	S	N	Fracturas	S	N	cirugía de columna	S	N
cirugía de corazon abierto	S	N	Reparación de hernia	S	N	Ligadura de trompas	S	N
Coléctistomía	S	N	Histerectomía	S	N	reemplazo de válvula	S	N
Cirugía del colon	S	N	Reemplazo de articulaciones	S	N	Vasectomía	S	N
Cirugía Estética	S	N						

ORTOS:

Historia Familiar

Relacion

Alcohol / Abuso de Drogas	_____
artritis	_____
asma	_____
cáncer	_____
Problemas del corazón	_____
depresión	_____
diabetes	_____
Colesterol Alto	_____
hipertensión	_____
enfermedad renal	_____
Enfermedad Mental	_____
Embolio	_____
Problemas de la Visión	_____
OTROS:	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____