

SOUTH PLAINFIELD PRIMARY CARE CENTER

HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Lista de todos los medicamentos que toma actualmente: _____

ALERGIAS: _____

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL:(Marque con un círculo todas las opciones que correspondan)

Cabeza y cuello: Dolor de cabeza Alergias estacionales Glaucoma Sinusitis

Pulmones: Asma Enfisema Nódulos pulmonares Neumonía Embolia pulmonar Apnea del sueño

Corazón: Hipertensión Arritmia Insuficiencia Cardíaca Fibrilación Auricular Ataque Cardíaco Colesterol Alto

Estómago: Síndrome del intestino irritable Estreñimiento Pólipo de colon Úlcera Sangrado rectal Reflujo Diarrea
Enfermedad hepática Enfermedad de Crohn Diverticulitis Colitis ulcerosa Cálculos biliares Hernia de hiato

Riñones: Cálculos renales Insuficiencia renal Infección urinaria Sangre en la orina Problemas de vejiga (incontinencia)

Neurológica: Demencia Accidente cerebrovascular Enfermedad de Parkinson Neuropatía Convulsiones Caídas

Psiquiatría: Ansiedad Depresión TDAH Bipolar

Endocrina: Diabetes Enfermedad De La Tiroides

Otra: Lupus Artritis Cáncer Anemia Alcoholismo VIH Coágulos sanguíneos (TVP) Osteoporosis

Otros Problemas Médicos : _____

Historia Quirúrgica: _____

Historial de exámenes de salud: Colonoscopia _____ Mamografía _____ Papanicolaou _____

Examen de la vista _____ Densidad ósea _____

HISTORIA FAMILIAR: Diabetes Hipertensión Ataque cardíaco Cáncer Colesterol alto

HISTORIA SOCIAL/CULTURAL:

Nivel educativo: Escuela primaria Escuela secundaria Profesional Colega Graduada / Profesional

Uso de drogas recreativas: Nunca Pasado Actualmente Tipo: _____

Alcohol: Nunca Pasado Actualmente Bebidas/Semana: _____

Fumar/Consumo de tabaco: Nunca Pasado Actualmente Tipo: _____ Cantidad/Día: _____ Número de años: _____

Enumere otros proveedores médicos que usted visita regularmente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____