

**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: \_\_\_\_\_