

**YAVAPAI COUNTY COMMUNITY HEALTH SERVICES**  
**Datos de Historia Médica - Pagina 1**

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

Place Label Here

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

**Primer Nombre:** \_\_\_\_\_

**Medicines**

Por favor, anote **TODAS** las medicinas que está tomando. (Prescripciones, con o sin receta, hormonas, y hierbas)


**Allergies**

Anote cualquier alergia a medicinas

--

**Cirugías / Hospitalizaciones**

Anote hospitalizaciones/cirugías incluyendo las fechas y las razones.


**Historia de enfermedades (del paciente)**

Marque el cuadro a la izquierda de la pregunta si su repuesta es sí o no y marque con un circulo a la condicion

Sí	No	¿Tiene o ha tenido usted...?	Año
		1. Anemia	
		2. Problemas de la vejiga / o Los riñones	
		3. Cáncera: <span style="float: right;"><b>Dónde:</b></span>	
		4. Depresión, enfermedad mental o emocional / o Ansiedad	
		5. Diabetes	
		6. Epilepsia / Ataques o convulsiones / Dolor de cabeza	
		7. Enfermedad de la vesícula biliar	
		8. Enfermedad del corazón	
		9. Colesterol elevado	
		10. Presión arterial elevada (alta presión)	
		11. Enfermedad del hígado / o Hepatitis	
		12. Enfermedad de los pulmones / Asma / Tuberculosis / COPD / Emfisema / Otro:	
		13. Problemas de estómago / o Los intestinos	
		14. Derrame cerebral	
		15. Infarto (ataque de corzon)	
		16. Enfermedad de la tiroides	
		17. Artritis / o Problemas de la espalda	
		18. Dolor crónico	
		19. Ha tenido una enfermedad transmitida sexualmente: Clamidilla / Herpes / Sífilis / Gonorrea / Otro:	

**Historia de la Familia**

Marca el cuadro a la izquierda si su madre natural, padre, hermana(o), hija, hijo tiene o ha tenido...

¿Diabetes? madre, padre, hermana(o), hija, hijo	¿Cáncer? <span style="float: right;">Qué tipo?</span> madre, padre, hermana(o), hija, hijo
¿Elevación de la presión arterial o colesterol elevado? madre, padre, hermana(o), hija, hijo	¿Derrame cerebral o ataque de corazón antes de los 50 años de edad? madre, padre, hermana(o), hija, hijo
¿Enfermedad de los pulmones (asma, tuberculosis, otra)? madre, padre, hermana(o), hija, hijo	¿Otras condiciones médicas? madre, padre, hermana(o), hija, hijo
¿Enfermedad de la tiroides? madre, padre, hermana(o), hija, hijo	



YAVAPAI COUNTY COMMUNITY HEALTH SERVICES

**Datos de Historia Médica - Pagina 2**

**Historia Social**

	Si	No	Dejar	Año
¿Fuma usted cigarrillos? ¿Cuantos por día?				
¿Mastic a tobacco? ¿Cuantos por día?				
¿Toma usted bebidas alcohólicas? ¿Si, cuanto?				
¿Usa usted drogas de la calle?				
¿Hace usted ejercicio regularmente?				
¿Se siente usted segura en su propia casa?				
¿Qué es su idioma primario?				

**Mujeres**

¿Cuando fue el primer día de su última regla menstrual?	Fecha:		
¿Cuándo fue su último Mamograma?	Fecha:		
¿Cuándo fue su última Papanicolaou?	Fecha:		
¿Ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal?	Sí	No	
Anote cualquier problema que ha tenido con su regla menstrual o con la menopausia.			
¿Es éste su primer examen pélvico?	Sí	No	
¿Ha estado embarazada antes? ¿Cuantas veces?	Sí	No	
¿Ha alimentado a pecho antes? ¿Por cuanto tiempo?	Sí	No	
¿Hubo problemas durante el embarazo? (Explica si contestó "Si")	Sí	No	
¿Hubo problemas durante el parto? (Explica si contestó "Si")	Sí	No	
¿Usa usted o su compañero un método anticonceptivo? ¿Cuál método?	Sí	No	
¿Tiene usted flujo vaginal que causa olor, comezón, o ardor?	Sí	No	

**Menores de 18 Anos de Edad**

¿Quiere que participen sus padres en el cuidado de su salud?	Sí	No
¿Alguien le ha forzado a tener relaciones sexuales?	Sí	No

<b>Firma del Paciente:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Firma de los Padres o Guardián:</b>	<b>Fecha:</b>

Place Label Here:

