

Vacunación:	Fecha del ultimo:	Comprueba si has tenido
Td, Tdap		
La Influenza		
La Neumonía		
Anthihepatitis A		
Antihepatitis B		
El Herpes Zóster		
Virus del Papiloma Humano		
Sarampión, Rubeola, Parotiditis		
La Meningitis		

Evaluación Del Riesgo De Salud

Test:	Fecha del ultimo:	Comprueba si has tenido
Pruebas de cáncer de colon		
Colonoscopia		
Sigmoidoscopia		
Densidad osea		
Mamografía		
Prueba De Papanicolaou		
Antígeno prostático específico (solo hombres)		

Historial De Tabaquismo: verifique que se aplica

Nunca fumo ___ Fumador anterior ___ Fumador ___ Otro uso de tabaco ___

¿Bebe vino, cerveza u otras bebidas alcohólicas? ___ En caso afirmativo, ¿cuánto diario? _____
¿Semanal? _____

¿Usa marihuana o drogas recreativas opioides y otras drogas recreativas?

¿Alguna vez ha usado agujas para inyectarse drogas? Sí ___ No ___

¿Usa el cinturón de seguridad? Sí ___ No ___ A veces ___

Vida Social

¿Cuál es tu ocupación actual? Ama de casa ___ Empleado ___ Desempleados ___

¿Cuál es el grado más alto completado en la escuela? _____

Estado civil: Soltero ___ Compañero ___ Casado ___ Divorciado ___ Vdo ___ Otro ___

La salud de la mujer

Primer día del último período menstrual _____ Edad en el primer período menstrual _____

Nunca he estado embarazada _____

Todos los embarazos si corresponde:

Cantidad De Embarazos	Menos de <37 semanas	Más de > 37 semanas	Problemas con embarazos	Cantidad de nacimientos vivos

¿Alguna vez ha tenido depresión o depresión posparto? Sí ___ No ___

¿Quieres quedar embarazada? Sí ___ No ___

Salud Del Paciente

Historia Familiar

	SI	NO		SI	NO
Papanicolaou anormales			Adoptado no tiene conocimiento de historia familiar		
Anemia			Anemia		
Ansiedad			Ansiedad		
Asma			Asma		
Vejiga / Riñón			Alcoholismo		
Pecho			Alzheimer		
Transfusión de sangre			Transfusión de sangre		
Cáncer			Cáncer		
Depresión			Depresión		
Diabetes			Diabetes		
Problemas del corazón			Problemas del corazón		
Hepatitis			Alta presión		
Alta presión			Problemas Tiroideos		
Colesterol alto			Otra especificar:		
Infección por VIH					
Enfermedad del hígado					
Migrañas					
Convulsión / epilepsia					
Carrera					
Problemas Tiroideos					
Otra especificar:					

Fecha: Por Favor, Enumera Todas Las Cirugías Que Has Tenido

--	--