



**MERCED FACULTY ASSOCIATES CUESTIONARIO DE HISTORIA DE SALUD**

Sus respuestas ayudaran a su proveedor entender mejor sus problemas medicos y condiciones. Si no puede recordar en detalle ,por favor aproxime. Agregue notas donde usted piense que es importante. **Todas las respuestas en este formulario se mantendrá totalmente confidenciales.**

Rason po rsu visita hoy: \_\_\_\_\_ Otras preocupaciones: \_\_\_\_\_

<b>MEDICAMENTOS ACTUALES –Porfavor liste sus medicamentos actuales. Si no esta tomando ningun medicamento, porfavor marquee el cuadro “Ninguno”</b>			<input type="checkbox"/> Ninguno
1.			
2.			
3.			
4.			
<b>MEDICAMENTOS/ALERGIA O SENSIBILIDAD</b>			<input type="checkbox"/> Ninguno
Liste los medicamentos a los que es alergico:			
1.			
2.			
3.			
4.			
<b>SUS PROVEEDORES – Por favor liste los proveedores que mira en la comunidad.</b>			
1.			
2.			
<b>FARMACIAS – liste la direcion y el numero de telefonopara la farmacia, sea local o si recibe sus medicamentos por correo.</b>			
1.			
2.			
<b>HISTORIAL DE NACIMIENTO- Porfavor marque el cuadro o conteste las preguntas si pertenesen a su hijo/hija</b>			
<input type="checkbox"/> Peso de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Fue su nino/a adoptado?		
<input type="checkbox"/> Bebia alcohol la madre?	<input type="checkbox"/> Fumaba la madre?		
<b>HISTORIA MEDICA –Por favor marque el cuadro solamente si a tenido o experimentado estos síntomas o problemas médicos. Si no a tenido ninguno, por favor marque el cuadro a la derecha.</b>			<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Dolor Abdominal	<input type="checkbox"/> Sangre en excremento	<input type="checkbox"/> Mormullo de Corazon	
<input type="checkbox"/> Alergias, (Temporada)	<input type="checkbox"/> Viruela	<input type="checkbox"/> Palpitaciones del Corazon	
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Fiebre constante/Escalofrio	<input type="checkbox"/> Problemas de audicion/oido	
<input type="checkbox"/> Transtorno de Ansiedad	<input type="checkbox"/> Estrenimiento	<input type="checkbox"/> Enfermedad Mental	
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Deprecion	<input type="checkbox"/> Enfermedades o lesiones traumaticas	
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los Rinones	<input type="checkbox"/> Vision o problem de los ojos	
<input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento o enfermedades hereditarias	<input type="checkbox"/> Transtorno de desarrollo/comportamiento	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los Pulmones/Pulmonia	
<input type="checkbox"/> Problemas de rinon o vejiga			

<b>HISTORIA FAMILIAR</b>	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Problemas de droga o alcohol	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Transtornos de Desarrollo	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza/migrana
<input type="checkbox"/> Alergias, Temporada	<input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Tendencia de hemorragia
<input type="checkbox"/> Transtorno de Ansiedad	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto
<input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/> Problemas Immune
<input type="checkbox"/> Deprecion	

<b>HISTORIA SOCIAL/ESTILO DE VIDA</b>	<b>( Circle)</b>
<input type="checkbox"/> Madre/madrastra/guardian:	
<input type="checkbox"/> Padre/padrastro/guardian:	
<input type="checkbox"/> Hermanos/hermanas:	
<input type="checkbox"/> Dieta	regular, vegetarian, sin gluten, sin lactosa
<input type="checkbox"/> Exposicion al humo?	Si o No
<input type="checkbox"/> Detectores de dioxide de carbon/humo en casa?	Si o No
<input type="checkbox"/> Cinturon de seguridad/asiento de seguridad infantile routina mente?	Si o No
<input type="checkbox"/> Usa crema para proteger del sol regularmente?	Si o No
<b>SOLO PARA NINO(A)/ MADUROS:</b>	
<input type="checkbox"/> Consume alcohol?	Nada, Occasional, moderadamente,mucho
<input type="checkbox"/> Habito de fumar:	Nunca, pasado, presente
<input type="checkbox"/> Usa tabaco de mascar?	Nunca, pasado, presente
<input type="checkbox"/> Drogas ilicitas?	Si o No
<input type="checkbox"/> Esta sexualmente activo?	Si o No

**A mi entender, esto representa una imagen precisa de la salud de mi historia .**

---

Firma del Paciente

Fecha