

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Formulario de historia médica

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS CONOCIDOS: Escriba sus diagnósticos actuales o pasados y el año del diagnóstico

(p. ej., presión alta, enfermedad crónica de riñón, colesterol alto, asma, ataque cardíaco, COPD, etc.)

ALERGIAS O REACCIONES A MEDICAMENTOS: (Por ejemplo: Penicillin, sarpullido)

FARMACIA: _____

MEDICAMENTOS: Escriba los medicamentos (incluyendo de venta libre, suplementos, hierbas o vitaminas) que está tomando actualmente (o adjunte una lista):

Por ejemplo: Trazodone de 50 mg, 1 cada noche

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ **DOSIS (mg, mcg, etc.):** _____ **N.º DE VECES AL DÍA (una/dos)** _____

SUMINISTROS O EQUIPO MÉDICO:

EMPRESA DEL SUMINISTRO Y LUGAR:

(Por ejemplo: anteojos/lentes de contacto, audífonos, dentaduras, oxígeno, CPAP, bastón, andador, silla de ruedas, etc.)

ESPECIALISTAS MÉDICOS (NOMBRE Y LUGAR):

patient label

Medical History Form

Mason Health

901 Mountain View Drive, P.O. Box 1668 MGH 1510S Rev 2/2024

Page 1 of 5

SCAN TO PATIENT HISTORY

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Salud preventiva

Escriba el lugar y la fecha de las pruebas de detección que se ha hecho:

| Servicio | Última fecha de la prueba (mes/año), Lugar (ciudad/estado) |
|--|--|
| Prueba de detección de cáncer de colon __ Colonoscopia __ Sigmoidoscopia __ Cologuard __ FIT/Prueba de sangre oculta en heces (FOBT) | |
| Prueba de detección de cáncer de pulmón (CT con dosis bajas) | |
| Prueba de detección de osteoporosis (DEXA/exploración del hueso) | |
| Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía) | |
| Prueba de detección de cáncer cervical (Papanicolaou) | |
| Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal (US) | |
| Prueba de detección de cáncer de próstata (análisis de sangre PSA) | |
| Vacunas | Fecha en que se completó |
| Neumonía (especifique el tipo si lo conoce) Pneumovax (PPSV) 23 | |
| Influenza (última dosis) | |
| Herpes (especifique el tipo si lo conoce) __ Zostavax (serie de 1 dosis) __ Shingrix (serie de 2 dosis) | |
| Tétanos (especifique el tipo si lo conoce) __ Tdap __ Td | |
| COVID-19 (última dosis) | |

Historia quirúrgica

Marque las cirugías que haya tenido; **encierre en un círculo** el lado del cuerpo, si ha tenido algún implante y la **fecha de la cirugía**.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cirugía de abdomen _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón (distinto a bypass/endoprótesis) _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de tobillo, pie, dedo del pie _____ D o I | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia _____ |
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de cadera _____ D o I |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la espalda _____ | <input type="checkbox"/> Histerectomía (total) _____ |
| <input type="checkbox"/> Biopsia (lugar) _____ D o I | <input type="checkbox"/> Histerectomía (parcial) _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de mamas _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de rodilla _____ D o I |
| <input type="checkbox"/> Extracción de cataratas _____ | <input type="checkbox"/> LEEP (cirugía del cuello uterino) _____ |
| <input type="checkbox"/> Bypass coronario _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de cuello _____ |
| <input type="checkbox"/> Endoprótesis coronaria _____ | <input type="checkbox"/> Extirpación de ovario _____ |
| <input type="checkbox"/> EGD (endoscopia del estómago) _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de hombro _____ D o I |
| <input type="checkbox"/> Extirpación de la vesícula _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía nasal _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de mano, dedo, muñeca _____ D o I | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía _____ |
| | <input type="checkbox"/> Amígdalas y adenoides _____ |

patient label

Medical History Form

Mason Health

901 Mountain View Drive, P.O. Box 1668 MGH 1510S Rev 2/2024

Page 2 of 5

SCAN TO PATIENT HISTORY

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ligadura de trompas _____

Otra _____

Vasectomía _____

Otra _____

Historia social

Tabaco

Consumo de tabaco: Nunca Actualmente todos los días Actualmente algunos días Antes
Otro: _____

Tipo de tabaco: Cigarrillos Puro Oral Pipa Otro: _____

Fecha o edad de inicio: _____ N.º promedio o paquetes por día: _____

Fecha o edad en que lo dejó: _____ Número total de años que fumó: _____

Cigarrillo electrónico/Vapeo

Uso de cigarrillo electrónico: Nunca Usó en los últimos 90 días Lo usó antes, lo dejó hace más de 90 días

Tipo: Infusión de cannabinoides Solo de sabor Infusión de nicotina Otro: _____

Fecha o edad en que comenzó: _____ Fecha o edad a la que lo dejó: _____

Alcohol

Consumo de alcohol: Actualmente En el pasado Nunca

Tipo: Cerveza Vino Licor Otro: _____

Frecuencia: 1 - 2 al año 1 - 2 al mes 1 - 2 a la semana Diario Varias veces al día

Promedio de tragos por episodio el año pasado: _____ Máximo de tragos por episodio el año pasado: _____

Consumo de sustancias

Actualmente En el pasado Nunca

Anfetaminas Cocaína Éxtasis Alucinógenos/LSD Heroína Inhalantes/Pegamentos/Disolventes

Marihuana Metanfetaminas Medicamentos con receta Otra: _____

Frecuencia: 1 - 2 al año 1 - 2 al mes 1 - 2 a la semana Diario Varias veces al día

¿Ha usado alguna vez agujas para inyectarse drogas recreativas? Sí No

Sexual

Activo sexualmente: Sí No Desde los: _____ Parejas: Hombre Mujer Ambos Otro: _____

Parejas actuales: _____ N.º de parejas en la vida: _____ Historia de ITS: No Sí

Quiere una prueba de detección de STI: Sí No

Uso de condones: Sí No Otro método anticonceptivo: _____

Orientación sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual Otro _____

Identidad de género: Masculino Femenino Otro _____

Nutrición/Salud

Tipo de dieta: Habitual Restricción de calorías Diabética Vegetariana Vegana Otra: _____

Tiene acceso o recursos para acceder a alimentos saludables: Sí No

Quiere perder peso: Sí No Historia de trastorno alimenticio: Sí No Explique: _____

Preocupaciones sobre el sueño: Sí No Consumo de cafeína: Sí No N.º veces al día: _____

patient label

Medical History Form

Mason Health

901 Mountain View Drive, P.O. Box 1668 MGH 1510S Rev 2/2024

Page 3 of 5

SCAN TO PATIENT HISTORY

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estrés alto: Sí No

Casa/Entorno

Vive con: Solo Hijos Padre Madre Hermanos Pareja Cónyuge Otro: _____

Situación de vivienda: Casa/Independiente Casa con apoyo Centro de atención residencial

Hospicio Centro de vida asistida Sin vivienda/Refugio Otra: _____

Empleo/Escuela

Tiempo completo Tiempo parcial Por cuenta propia Discapacitado Sin empleo

Jubilado/Fecha: _____

Estudiante (Si es estudiante, ¿a qué escuela asiste?): _____

Ocupación: _____

¿Alguna vez ha estado expuesto a alguno de los siguientes?

Materiales peligrosos Levantar objetos pesados/Torsión Ruidos fuertes Trabajo médico/clínico

Movimiento repetitivo Turno/trabajo nocturno Vibración Otro: _____

Psicosocial

Preferencia religiosa: _____

Historia de abuso: Sí No

Ejercicio

Hace ejercicio con regularidad Sí No Evaluación propia: Poco Normal Bueno Excelente

Duración (N.º de minutos promedio): _____ Veces por semana: 1 - 2 3 - 4 5 - 6 Diario Otra: _____

¿Qué tipo de ejercicio?

Caminar Aeróbic Correr Natación Levantamiento de peso Yoga Otro: _____

Embarazo (solo mujeres)

Edad de inicio de la menarquía: _____ Fecha de la última menstruación: _____

Frecuencia de la menstruación: _____ Duración de la menstruación: _____

Edad de menopausia: _____ o Fecha de histerectomía: _____

Embarazos: _____ A término: _____ Prematuro: _____ Interrupciones del embarazo: _____ Vivos: _____

Parto vaginal: _____ Parto por cesárea: _____

Historia familiar

Indique qué familiar ha tenido las siguientes enfermedades. Si esta fue el motivo de muerte, marque con una **C**, si conoce la edad del diagnóstico o de la muerte, también indíquelo.

patient label

Medical History Form

Mason Health

901 Mountain View Drive, P.O. Box 1668 MGH 1510S Rev 2/2024

Page 4 of 5

SCAN TO PATIENT HISTORY

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

| Enfermedad | Padre | Madre | Hermanos | Hermanas | Comentarios |
|---|-------|-------|----------|----------|-------------|
| Se desconoce la historia significativa | | | | | |
| Se desconoce | | | | | |
| Abuso de alcohol | | | | | |
| Alzheimer/Demencia | | | | | |
| Asma | | | | | |
| Enfermedad autoinmune | | | | | |
| Cáncer: <input type="checkbox"/> De mama edad en que se diagnosticó _____ <input type="checkbox"/> De colon edad _____ <input type="checkbox"/> De pulmón edad _____ <input type="checkbox"/> De ovario edad _____ <input type="checkbox"/> De próstata edad _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | | |
| COPD | | | | | |
| Enfermedad de las arterias coronarias | | | | | |
| Depresión | | | | | |
| Diabetes tipo 1 (inicio en la infancia) | | | | | |
| Diabetes tipo 2 (inicio en la edad adulta) | | | | | |
| Abuso de drogas | | | | | |
| Trastorno/portador genético | | | | | |
| Glaucoma | | | | | |
| Ataque cardíaco | | | | | |
| Hepatitis | | | | | |
| Presión alta | | | | | |
| Colesterol alto | | | | | |
| Enfermedad del riñón | | | | | |
| Enfermedad del hígado | | | | | |
| Migraña | | | | | |
| Osteoporosis | | | | | |
| Pólipos de colon | | | | | |
| Suicidio | | | | | |
| Enfermedad de la tiroides | | | | | |
| Otra: | | | | | |

patient label