

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<br>__ Colonoscopia __ Sigmoidoscopia __ Cologuard<br>__ FIT/Prueba de sangre oculta en heces (FOBT) |  |
| Prueba de detección de cáncer de pulmón<br>(CT con dosis bajas)  |  |
| Prueba de detección de osteoporosis<br>(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<br>(US)   |  |
| Prueba de detección de cáncer de próstata<br>(análisis de sangre PSA)  |  |
| Vacunas  | Fecha en que se completó                                   |
| Neumonía (especifique el tipo si lo conoce)<br>Pneumovax (PPSV) 23   |  |
| Influenza (última dosis)   |  |
| Herpes (especifique el tipo si lo conoce)<br>__ Zostavax (serie de 1 dosis) __ Shingrix (serie de 2 dosis)                                 |  |
| Tétanos (especifique el tipo si lo conoce)<br>__ 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<br>bypass/endoprótesis) _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de tobillo, pie, dedo del pie _____ <b>D o I</b> | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia _____                                    |
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía _____                                     | <input type="checkbox"/> Cirugía de cadera _____ <b>D o I</b>                          |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la espalda _____                              | <input type="checkbox"/> Histerectomía (total) _____                                   |
| <input type="checkbox"/> Biopsia (lugar) _____ <b>D o I</b>                       | <input type="checkbox"/> Histerectomía (parcial) _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de mamas _____                                   | <input type="checkbox"/> Cirugía de rodilla _____ <b>D o I</b>                         |
| <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 _____ <b>D o I</b>                          |
| <input type="checkbox"/> Extirpación de la vesícula _____                         | <input type="checkbox"/> Cirugía nasal _____   |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de mano, dedo, muñeca _____ <b>D o I</b>         | <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 _____<br><input type="checkbox"/> De colon edad _____<br><input type="checkbox"/> De pulmón edad _____<br><input type="checkbox"/> De ovario edad _____<br><input type="checkbox"/> De próstata edad _____<br><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