

**HISTORIA DE SALUD DE ADULTOS**

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

1. NOMBRE DE PACIENTE N° DE SEGURIDAD SOCIAL \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

2. CÓMO ES SU SALUD: \_\_\_\_\_ BUENA \_\_\_\_\_ FERIA \_\_\_\_\_ POBRE

3. ¿TIENES PROBLEMAS DE SALUD, PREOCUPACIONES? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ SI SI "SÍ" EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

¿4. SER TRATADO POR UN MÉDICO? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ SÍ SI "SÍ" NOMBRE/DIRECCIÓN DEL DOCTOR: \_\_\_\_\_

5. DAR FECHA Y LUGAR DE SU ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO: \_\_\_\_\_

**NO COMPRUEBE EL "SÍ" O "" PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS**

	SÍ	NO		SÍ	NO
6. SIEMPRE HAMBRE	_____	_____	25. DESMAYO HECHIZOS	_____	_____
7. SIEMPRE SED	_____	_____	26. FRECUENTES DE LA INDIGESTIÓN	_____	_____
8. SIEMPRE CANSADO	_____	_____	27. NÁUSEAS FRECUENTES	_____	_____
9. ASMA	_____	_____	28. VÓMITO FRECUENTE	_____	_____
10. PERÍODOS NEGRO	_____	_____	29. TOS FRECUENTE	_____	_____
11. SANGRADO ENCÍAS	_____	_____	30. LOS GENITALES (DOLOR O DOLOROSA)	_____	_____
12. SANGRE EN TABURETE	_____	_____	31. DOLORES DE CABEZA (FRECUENTES)	_____	_____
13. PRESIÓN ARTERIAL PROBLEMAS	_____	_____	32. CORAZÓN PROBLEMAS	_____	_____
14. CÁNCER	_____	_____	33. BAJA AZÚCAR EN LA SANGRE	_____	_____
15. EXPECTORAR SANGRE	_____	_____	34. PERDIDO O GANADO PESO	_____	_____
16. AZÚCAR EN LA SANGRE	_____	_____	35. ADORMECIMIENTO DE CUERPO	_____	_____
17. DIARREA PROBLEMAS	_____	_____	36. DOLOR AL ORINAR	_____	_____
18. DIFICULTAD AUDITIVA	_____	_____	37. ERUPCIÓN CUTÁNEA O ENFERMEDAD	_____	_____
19. DIFICULTAD LECTURA	_____	_____	38. DOLOR DE GARGANTA	_____	_____
20. DIFICULTAD PARA VER	_____	_____	39. ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES	_____	_____
21. DIFICULTAD PARA HABLAR	_____	_____	40. LAS ÚLCERAS DE ESTÓMAGO	_____	_____
22. EPILÉPTICAS	_____	_____	41. INFLAMACIÓN DE LOS GANGLIOS	_____	_____
23. DENTAL PROBLEMAS	_____	_____	42. GANAS FRECUENTES DE ORINAR	_____	_____
24. INUSUAL DESCARGA	_____	_____	43. PIEL AMARILLA (ICTERICIA)	_____	_____

44. ¿QUE HACEN USO LOS PRODUCTOS DE TABACO? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ SÍ ¿CUÁNTO? \_\_\_\_\_

45. ¿QUE HACEN USO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ SÍ ¿CUÁNTO? \_\_\_\_\_

46. TIENES ALERGIAS \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ SÍ EXPLICA: \_\_\_\_\_

47. ¿ES USTED ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ SÍ EXPLICAR: \_\_\_\_\_

¿ESTÁ TOMANDO CUALQUIER MEDICAMENTO SIN RECETA? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ SÍ EXPLICA: \_\_\_\_\_

¿ESTÁ TOMANDO CUALQUIER MEDICAMENTO DE PRESCRIPCIÓN? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_ SÍ EXPLICAR: \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE SALUD DE ADULTOS**

48. ¿HA USADO ANTABUSE, TREXAN O SYMMETREL PARA LA ADICIÓN DE ALCOHOL O DROGAS? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_ SÍ CUANDO: \_\_\_\_\_

49. ¿HA TENIDO: TUBERCULOSIS? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_ SÍ DONDE FUERON TRATADOS Y CUÁNDO? \_\_\_\_\_

¿HEPATITIS? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_ SÍ DONDE FUERON TRATADOS Y CUÁNDO? \_\_\_\_\_

¿LA SÍFILIS? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_ SÍ DONDE FUERON TRATADOS Y CUÁNDO? \_\_\_\_\_

¿LA GONORREA? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_ SÍ DONDE FUERON TRATADOS Y CUÁNDO? \_\_\_\_\_

¿CHLAMYDIA? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_ SÍ DONDE FUERON TRATADOS Y CUÁNDO? \_\_\_\_\_

**DEBE SER COMPLETADO POR LAS MUJERES SOLAMENTE:**

50. ¿A QUÉ EDAD EMPEZASTE A TENER PERÍODOS? \_\_\_\_\_ ¿CUÁNTOS DÍAS TE FLUJO? \_\_\_\_\_

51. FECHA DE ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ SÍ NO

¿52. DURANTE TU CICLO MENSTRUAL: TIENEN CÓLICOS FUERTES? \_\_\_\_\_  
MALESTAR EMOCIONAL INUSUAL DE LA \_\_\_\_\_  
MAMA GENERALMENTE DOLOR \_\_\_\_\_

53. ¿HA NOTADO ALGÚN TUMOR EN LOS SENOS? \_\_\_\_\_

54. ¿ESTÁ EMBARAZADA? \_\_\_\_\_

¿55. CUALQUIER DESCARGA DE LA VAGINA? \_\_\_\_\_

56. USTED SIEMPRE LLEVAN A UN NIÑO A TÉRMINO? \_\_\_\_\_

57. ¿HA TENIDO PROBLEMAS CON LOS ABORTOS? \_\_\_\_\_

58. ACTUALMENTE \_\_\_ SI \_\_\_ NO SEXUALMENTE ACTIVO SI SÍ, QUÉ ESTÁS USANDO PARA NACIMIENTO  
¿CONTROL DE? \_\_\_\_\_

59. ¿HA TENIDO UN PAPANICOLAU ANORMAL? \_\_\_ SI \_\_\_ NO ¿CUANDO? \_\_\_\_\_

¿60. PROBLEMAS ESPECIALES NI PREOCUPACIONES? IF POR LO TANTO, POR FAVOR INDIQUE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_