

Historia de Salud

(Por favor respuesta en ingles)

La siguiente información es muy importante para su salud. Por favor tome el tiempo total y completamente llenar esta información importante. Contamos con usted!

Internista o médico de familia: _____

Enfermedades de la infancia (marque todas las que apliquen): sarampión, rubéola, paperas, tos ferina, varicela, fiebre reumática, fiebre escarlatina, la poliomielitis, otros _____

Personal historia de las enfermedades para adultos (marque todas las que apliquen):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Emphysema/COPD |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Circulación | <input type="checkbox"/> Soplo de corazón | <input type="checkbox"/> TIA o Golpe |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Colesterol | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Úlcera péptica | <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado |
| <input type="checkbox"/> Pólipo de Colon | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> PPD positivo | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Desorden de Ansiedad/Pánico | <input type="checkbox"/> Síndrome de Intestino Irritable | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón |
| <input type="checkbox"/> MRSA | | |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

Operación:

Procedimiento	Año	Hospital	Cirujana

Hospitalizaciones (no incluyendo embarazos):

Razón	Año	Hospital	Médica

Medicamentos (incluye medicamentos de venta libre y suplementos de vitaminas y minerales):

Medicina Alergia:

Embarazos	Término Lleno	Prematuro	Mal partos	Abortos	Ectopics	Mult. Nacimientos	Vida

Fecha de Nacimiento	Sexo	Peso	Tipo de Entrega	Complicaciones

Son sus períodos: Regular ____ Irregular ____ Menopausia ____ No Segura ____
Explicar: _____

Anticoncepción: corriente _____ por delante _____

¿Papanicolaou anormal? Sí No cuando? _____ Tratamiento: _____

¿Ha tenido: Clamidia Gonorrea Verrugas Genitales Herpe Trichomona Sífilis HIV Hepatitis

Estado civil: Casado Single Divorciado Significant other

Educación: Escuela Secundaria Colegio Algunos Universitarios Otros: _____

¿Has estado en una relación en la que fueron herido, amenazado o hace sentir miedo? Sí No

¿Humo? Ninguno Usado para Ascender ¿Cantidad? _____

¿Alcohol? Ninguno Bebe por semana _____

¿Cafeína? Ninguno Bebe por día _____

Restricciones en la dieta o suplementos: _____

Pruebas de detección anormal (mamografías, colesterol, colon, PPD): _____

Ejercicio y actividades de ocio: _____

Historia familiar-(círculo todos los que apliquen):

Diabetes, cardiopatía, problemas de colesterol, presión arterial alta, problemas de circulación, cáncer de Colon, cáncer de mama, cáncer de ovario, Melanoma, accidente cerebrovascular, enfermedad renal, Tuberculosis, cáncer, artritis, Osteoporosis, Anemia, depresión, suicidio, enfermedad Mental, alcoholismo, adicción a las drogas.

Edad, salud o edad y causa de muerte de: padres, hermanos, cónyuge, hijos:

Es mi responsabilidad para mantener la salud de la mujer de Chesapeake actualizada a los cambios en la historia de mi salud.

Signature _____ Date _____

La información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi creencia.