



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION  
**SERVICIOS DE SALUD**

# Formulario anual de antecedentes médicos

Complete la siguiente información de la mejor manera posible. Toda la información es confidencial.

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Alergias: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

<b>SECCIÓN DENTAL</b>	Último examen dental: _____
¿Ha tenido problemas con tratamientos dentales en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene dolor ahora?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tomado alguna vez bifosfonatos (medicamento para la osteoporosis)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>si la respuesta es afirmativa, enumere:</i>

**Salud general (Año Pasado)**

- Buena  Fatiga/Poca energía  Otros: \_\_\_\_\_  
 Mala  Problemas para dormir/ronquidos  
 Cambio reciente de peso  Enfermedades de transmisión sexual

**Hospitalizaciones anteriores/cirugías/enfermedad grave/Eventos traumáticos y fechas:**

**Medicamentos:** *Incluir inhaladores, hierbas medicinales, suplementos y artículos sin receta médica.*

**Antecedentes sociales del paciente**

<b>Consumo de alcohol</b> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Cantidad/Día: _____	<b>Consumo de cafeína</b> <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Nunca Diariamente: _____ <input type="checkbox"/> Rara vez	<b>Ejercicio</b> <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Regularmente <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Diariamente
<b>Fuma</b> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> En la actualidad, cajetillas/día: _____ <input type="checkbox"/> Anteriormente, pero dejó de fumar el: _____	<b>Tabaco sin humo</b> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> En la actualidad, cantidad al día: _____ <input type="checkbox"/> Anteriormente, pero dejó de fumar el: _____	<b>Consumo de drogas; tipo:</b> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Diario/cantidad: _____

**Antecedentes médicos familiares**

<b>Diabetes</b>	Abuelo <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II	Padre <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II	Madre <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II	Hermano <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II	Hijo <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II
<b>Cáncer</b>	Abuelo, tipo: _____	Padre, tipo: _____	Madre, tipo: _____	Hermano, tipo: _____	Hijo, tipo: _____
<b>Enfermedad del corazón</b>	<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijo
<b>Hipertensión</b>	<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijo
<b>Muerte antes de los 50</b>	<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijo

# Formulario anual de antecedentes médicos, continuación

**Antecedentes médicos detallados del paciente** Complete lo siguiente de la mejor manera posible

## Cardiovascular

- Última prueba de detección de colesterol: \_\_\_\_\_
- Ataque al corazón; fecha: \_\_\_\_\_
- Dolor en el pecho/angina de pecho
- Soplo en el corazón
- Hipertensión arterial
- Dificultad para respirar en reposo
- Dolor de piernas
- Hinchazón de los tobillos
- Venas varicosas
- Extremidades frías
- Prolapso de la válvula mitral
- Anemia
- Fiebre reumática
- Transfusión de sangre

## Visual

- Enfermedad o lesión ocular
- Usa anteojos/lentes de contacto
- Visión borrosa/doble
- Visión doble

## Respiratorio

- Tos
- Dificultad para respirar
- Sibilancias/asma
- Tos con sangre
- Viruela
- Bronquitis
- Tuberculosis
- Tos ferina
- Neumonía
- Sarampión

## Oído/nariz/boca/garganta

- Pérdida de audición
- Dolor de oído
- Infección de oído
- Infecciones/problemas de los senos paranasales
- Sangrado de la nariz
- Úlceras bucales
- Sangrado de las encías
- Mal aliento/sabor
- Dolor de garganta
- Inflamación de las glándulas del cuello
- Cambio de voz

## Neurológica/Psicológica

- Dolores de cabeza/migrañas
  - Diariamente
  - Semanalmente
- Mareos
- Vértigo
- Convulsiones
- Temblores
- Parálisis
- Entumecimiento u hormigueo
- Depresión
- Ansiedad/nerviosismo
- Pérdida de memoria/confusión
- Sobreviviente de abuso
- Apoplejía
- Lesión en la cabeza
- Poliomielititis

## Condiciones crónicas

- Diabetes
  - Tipo I
  - Tipo II
- Cáncer; Tipo: \_\_\_\_\_
- VIH/SIDA
- Dolor
- Otro

## Tracto urinario

- Micción frecuente
- Micción nocturna
- Urgencia/ardor/dolor
- Sangre en la orina
- Cambio en el flujo de orina
- Incontinencia o goteo
- Cálculos renales
- Dificultad sexual
- Hombre: dolor de testículos
- Hombre: última verificación de próstata: \_\_\_\_\_
  - A
  - B
  - C
- Hepatitis

## Musculoesquelético/Dolor

- Dolores/espasmos musculares
- Inflamación de las articulaciones
- Dolor de espalda/cuello
- Dificultad para caminar/estar de pie
- Osteoporosis
- Artritis
- Fibromialgia

## Sistema digestivo

- Fecha de prueba de detección de cáncer de colon: \_\_\_\_\_
- Apetito
  - Bueno
  - Malo
  - Excesivo
- Náuseas o vómitos
- Acidez/reflujo
- Úlceras
- Dolor abdominal
- Distensión abdominal
- Deposiciones
  - Fáciles
  - Difíciles
- Cambio en los hábitos intestinales
- Hemorroides
- Mononucleosis infecciosa
- IBS
- Diverticulitis
- Enfermedad de Crohn

## Mujer

- Último período menstrual: \_\_\_\_\_
- Los períodos son:
  - Regulares
  - Irregulares
- Ciclo mensual; N.º de días: \_\_\_\_\_
- Síndrome premenstrual:
  - Irritabilidad
  - Emocional
  - Sensibilidad/inflamación en los senos
  - Otros: \_\_\_\_\_
- Flujo vaginal o picazón
- Número de embarazos: \_\_\_\_\_
- Número de nacidos vivos: \_\_\_\_\_
- Síntomas de menopausia:
  - Calores
  - Sudores nocturnos
  - Sequedad vaginal
  - Otros: \_\_\_\_\_
- Fecha de la última mamografía: \_\_\_\_\_
  - Normal
  - Anormal
- Fecha de la última prueba de Papanicolaou: \_\_\_\_\_
  - Normal
  - Anormal