



Christ Community

HEALTH SERVICES, AUGUSTA, GEORGIA

Historial Medico

Fecha de hoy _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de seguro social _____

Razón por la visita: _____

Medicamentos o remedios naturales la dosis que está tomando actualmente:

Historia Médica (marque los que apliquen a usted con P o a algún familiar con F)

- Problemas del Corazón Presión alta Colesterol alto Cáncer Depresión/Ansiedad
 Problemas de los pulmones Problemas de los riñones Problemas del tiroides
 Otro: _____

Indica si tiene alergias a los medicamentos:

Cirugías que le han hecho en el pasado, empezando con el más reciente:

Fecha _____ Razón _____ Fecha _____ Razón _____

Fecha _____ Razón _____ Fecha _____ Razón _____

Hospitalizaciones: empiece con el más reciente

Fecha _____ Razón _____ Fecha _____ Razón _____

Fecha _____ Razón _____ Fecha _____ Razón _____



Christ Community

HEALTH SERVICES, AUGUSTA, GEORGIA

¿Cuál farmacia usa usted? _____ Teléfono _____

Apunta todos los médicos y clínicas o salas de emergencias que usted ha visitado en los últimos 6 meses:

Fecha _____	Médico/Clínica _____	Razón: _____
Fecha _____	Médico/Clínica _____	Razón: _____
Fecha _____	Médico/Clínica _____	Razón: _____
Fecha _____	Médico/Clínica _____	Razón: _____
Fecha _____	Médico/Clínica _____	Razón: _____

¿Le han hecho/dado...

- | | | | |
|----------------------------------|---------|----------------|---------------|
| 1. Una colonoscopia? | Sí / No | ¿Cuándo? _____ | ¿Dónde? _____ |
| 2. Una prueba de Papanicolaou? | Sí / No | ¿Cuándo? _____ | ¿Dónde? _____ |
| 3. Una mamografía? | Sí / No | ¿Cuándo? _____ | ¿Dónde? _____ |
| 4. Una análisis de la próstata? | Sí / No | ¿Cuándo? _____ | ¿Dónde? _____ |
| 5. Prueba de Densidad Ósea? | Sí / No | ¿Cuándo? _____ | ¿Dónde? _____ |
| 6. La vacuna contra la neumonía? | Sí / No | ¿Cuándo? _____ | ¿Dónde? _____ |

¿Tiene usted o alguien en su familia historia de: (Apunta quién)

1. Cáncer? _____
2. Colesterol alto? _____
3. Diabetes? _____
4. Infarto? _____
5. Otros problemas cardíacos? _____
6. Derrame Cerebral _____
7. Cáncer del colon/próstata? _____
8. Osteoporosis? _____
9. Ansiedad/Depresión? _____
10. Problemas siquiátricos? _____
11. Problemas con drogas/alcohol? _____
12. Presión sanguínea alta? _____

Historia Social

1. ¿Fuma usted o antes fumaba? Sí / No ¿Con qué frecuencia? _____
2. ¿Toma alcohol? Sí / No con qué frecuencia? _____
3. ¿Usa alguna droga? Sí / No ¿Con qué frecuencia? _____
¿Cuál / Cuales? _____
4. Estado Civil: (circule uno) Soltero(a) / Prometido(a) / Casado(a) / Separado(a) / Divorciado(a) / Viudo(a)
5. Trabajo: _____
6. ¿Asiste a una iglesia? Sí / No ¿Cuál? _____
7. ¿Hace ejercicio? Sí / No ¿Con qué frecuencia? _____
8. ¿Toma cafeína? Sí / No ¿Con qué frecuencia? _____
9. ¿Tiene mascotas? Sí / No ¿Cuáles?: _____



Christ Community

HEALTH SERVICES, AUGUSTA, GEORGIA

10. ¿Tiene un detector del humo en su hogar? Sí / No
11. ¿Cuál hospital utiliza usted? (circule uno) MCG/GHSU University Doctor's Trinity
Otro hospital _____
12. ¿Cuál sala de emergencia utiliza usted? (circule uno) MCG/GHSU University Doctor's Trinity
Otra _____
13. ¿Quién le envió o habló a usted a nosotros? (rellene uno) un hospital _____
El Departamento de Salud _____ Otro _____

Favor de hacer una lista de otras condiciones médicas o información personal que nos ayudaría a atenderle mejor: _____

He contestado todas las preguntas y rellenado la información correctamente. Entiendo que si un paciente prove información incompleta o incorrecta, esto puede ser muy peligroso para su salud porque puede afectar su tratamiento aquí. Es mi responsabilidad informar mi proveedor de atención médica si hay algún cambio en esta información.

Firma del paciente / padre del paciente / o el guardian del paciente: _____ Fecha: _____