

HOJA DE TRABAJO PARA TRANSMISIÓN DE DATOS DEL HISTORIAL DE SALUD

Etiqueta del paciente



HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE (marque todos los que correspondan)

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Enfermedad de riñón / vejiga	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme (drepanocítica)
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado / hepatitis	<input type="checkbox"/> Enfermedad
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar / tuberculosis	<input type="checkbox"/> Rasgo
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Trastorno de la alimentación	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Trastorno de la piel
<input type="checkbox"/> Defecto de nacimiento / Trastornos genéticos	<input type="checkbox"/> Epilepsia / Convulsiones	<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral
<input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo	<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Ideas suicidas
<input type="checkbox"/> Coágulo de sangre	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides / bocio
<input type="checkbox"/> Problemas intestinales / estomacales	<input type="checkbox"/> Impedimento de audición	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Enfermedad mamaria	<input type="checkbox"/> Enfermedad o ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Limitaciones de la actividad física	<input type="checkbox"/> Venas varicosas
<input type="checkbox"/> Cáncer Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Alta presión arterial	<input type="checkbox"/> Intensos dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Problemas de visión
	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Problemas sexuales	<input type="checkbox"/> Usa anteojos / lentes de contacto
	<input type="checkbox"/> VIH / SIDA	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Otro: _____

CIRUGÍAS	FECHAS	HOSPITALIZACIONES / LESIONES	FECHAS

¿ES USTED ADOPTADO(A)?

Sí No No sabe

Si respondió que Sí, ¿conoce el historial médico familiar? Sí No (deje sin responder la sección de historial médico familiar)

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR (Por favor marque la casilla apropiada del familiar que corresponda en todos los casos que apliquen)

	Padre	Madre	Padres del padre	Padres de la madre	Hermano Hermana	No sabe		Padre	Madre	Padres del padre	Padres de la madre	Hermano Hermana	No sabe
Anemia							Colesterol alto						
Defectos de nacimiento / Trastornos genéticos							Enfermedad del riñón						
Trastorno sanguíneo							Enfermedad pulmonar						
Cáncer (especificar tipo)							Enfermedad mental						
Diabetes							Obesidad						
Epilepsia / convulsiones							Anemia falciforme (drepanocítica) (especificar enfermedad o rasgo)						
Glaucoma							Derrame cerebral						
Enfermedad o ataque al corazón							Otro:						
Alta presión arterial							Otro:						

MÁXIMO GRADO EDUCATIVO ALCANZADO

Menos de 9.º grado GED Algo de universidad No sabe / no desea responder
 Entre los grados 9.º y 12.º Diploma de bachillerato (High School) Título universitario

¿Le han hecho una mamografía alguna vez? Sí No Si respondió que Sí, ¿alguna vez tuvo resultados anormales? Sí No
 ¿Le han hecho una colonoscopia alguna vez? Sí No Si respondió que Sí, ¿alguna vez tuvo resultados anormales? Sí No

¿Ha experimentado abuso sexual o físico alguna vez? Sí No Rehúsa contestar

SI EL NIÑO QUE PASA CONSULTA HOY TIENE MENOS DE 6 AÑOS DE EDAD, LLENE ESTA SECCION

Peso al nacer	Largo al nacer	<input type="checkbox"/> Parto vaginal	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Parto prematuro (de menos de 36 semanas)
<input type="checkbox"/> Complicaciones del embarazo:		<input type="checkbox"/> Complicaciones del parto:		
¿Cuándo comenzó los cuidados prenatales? <input type="checkbox"/> 1 ^{er} trimestre (0-13 semanas) <input type="checkbox"/> 2. ^o trimestre (14-26 semanas) <input type="checkbox"/> 3 ^{er} trimestre (27-40+ semanas) <input type="checkbox"/> No recibió estos cuidados <input type="checkbox"/> No lo sabe		¿Le hicieron a su bebé una prueba de detección para recién nacidos? (punción en el talón) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Le hicieron a su bebé una prueba de la audición para recién nacidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hospital del parto:			Cuánto tiempo estuvo en el hospital:	

DIRECTIVAS ANTICIPADAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD (SOLO para personas de 18 años en adelante)

¿Completó debidamente algún documento de directivas anticipadas para el cuidado de la salud? Sí No (pase a la siguiente pregunta)
 POR EJEMPLO: Testamento vital, poder legal, donación de órganos, instrucciones de "no dar reanimación cardiopulmonar"
 Si respondió que NO, ¿desea recibir información sobre esto? Sí No

SOLO PARA PERSONAS DE SEXO MASCULINO: CONTINUACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO

HISTORIAL REPRODUCTIVO MASCULINOS	HISTORIAL DE SALUD SEXUAL (continuación)
¿Tiene usted hijos?	¿Su pareja (s) sexual ha tenido alguna vez una enfermedad de transmisión sexual?
HISTORIAL DE SALUD SEXUAL	¿Su pareja (s) ha tenido VIH alguna vez?
¿Usted ha tenido relaciones sexuales alguna vez?	¿Usted ha tenido una enfermedad de transmisión sexual alguna vez?
¿A qué edad tuvo sexo usted por primera vez?	¿Usted se ha hecho la prueba del SIDA alguna vez?
¿Cuántas parejas sexuales ha tenido usted?	¿Alguna vez le han diagnosticado VIH/SIDA a usted?
¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 6 meses?	PLAN DE SALUD REPRODUCTIVA
¿Ha tenido relaciones sexuales con hombres, mujeres, o ambos?	¿Cuándo desea tener un bebé, si es que lo desea?
¿Su pareja sexual usa drogas callejeras intravenosas?	<input type="checkbox"/> No tengo intenciones de tener bebé <input type="checkbox"/> Rehúso responder
¿Su pareja sexual tiene sexo con otras mujeres?	<input type="checkbox"/> No estoy seguro, o acepto tener o no tener bebé
¿Su pareja sexual tiene sexo con hombres?	<input type="checkbox"/> Sí, quiero tener un bebé el próximo año
¿Su pareja sexual ha estado alguna vez en prisión?	<input type="checkbox"/> Sí, quiero tener un bebé en 1 – 2 años
	<input type="checkbox"/> Sí, quiero tener un bebé en 2 o más años

SOLO PARA PERSONAS DE SEXO FEMENINO: CONTINUACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO

¿ES MUJER NACIDA ANTES DE 1970?	HISTORIAL DE SALUD SEXUAL
¿Su mamá tomó DES (hormonas) cuando estaba embarazada de usted?	¿Usted ha tenido relaciones sexuales alguna vez?
HISTORIAL DE GINECOLOGÍA/OBSTETRICIA	¿A qué edad tuvo sexo usted por primera vez?
Edad al momento de la primera menstruación	¿Cuántas parejas sexuales ha tenido usted?
¿Le viene la menstruación cada mes?	¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 6 meses?
Promedio de días de sangrado menstrual	¿Ha tenido relaciones sexuales con hombres, mujeres, o ambos?
¿Su sangrado es abundante, mediano o ligero?	¿Su pareja sexual usa drogas callejeras intravenosas?
¿Tiene dolor de vientre con la menstruación?	¿Su pareja sexual tiene sexo con otras mujeres?
¿Qué medicina toma para el dolor menstrual?	¿Su pareja sexual tiene sexo con hombres?
¿Cuántas veces ha estado embarazada?	¿Su pareja sexual ha estado alguna vez en prisión?
¿Cuántos embarazos dieron como resultado un nacimiento vivo?	¿Su pareja (s) sexual ha tenido alguna vez una enfermedad de transmisión sexual?
¿Cuántos embarazos terminaron en aborto espontáneo?	¿Su pareja (s) ha tenido VIH alguna vez?
¿Cuántos embarazos terminaron en parto de feto muerto?	¿Usted ha tenido una enfermedad de transmisión sexual alguna vez?
¿Cuántos embarazos terminaron en aborto?	¿Usted se ha hecho la prueba del SIDA alguna vez?
¿Cuántos partos por cesárea ha tenido?	¿Alguna vez le han diagnosticado VIH/SIDA a usted?
¿Tuvo algún problema durante el embarazo?	HISTORIAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
¿Cuándo fue su último parto?	¿Qué método (s) ha probado para evitar tener hijos?
¿Le hicieron un chequeo después de su último parto?	¿Ha tenido algún problema con algún método?
¿Está usted amamantando?	PLAN PARA EL PERIODO REPRODUCTIVO DE LA VIDA
¿Cuál ha sido el menor peso un bebé suyo al nacer?	¿Cuándo quisiera quedar embarazada, si es que lo desea?
¿Cuál ha sido el mayor peso de un bebé suyo al nacer?	<input type="checkbox"/> No tengo intenciones de tener bebé <input type="checkbox"/> No estoy segura, o acepto tener o no tener bebé
¿Cuándo fue su última prueba de papanicolaou?	<input type="checkbox"/> Ya pasé por la menopausia <input type="checkbox"/> Rehúso responder
¿Su última prueba de papanicolaou fue normal?	<input type="checkbox"/> Sí, quiero estar embarazada el próximo año
¿Alguna vez ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal?	<input type="checkbox"/> Sí, quiero estar embarazada en 1 – 2 años
Si ha tenido un papanicolaou anormal, ¿cuándo fue eso?	<input type="checkbox"/> Sí, quiero estar embarazada en 2 o más años
Si tuvo un papanicolaou anormal, ¿le dieron tratamiento?	