

Crossroad Health Center Historia Médica Pasada

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Historial médico: ¿Está usando algún medicamento recetado? Sí No

¿Está tomando otros medicamentos (Tylenol o Laxantes) o vitaminas o hierbas? Sí No

Por favor, indique alguna de las siguientes enfermedades que usted haya tenido:

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Adición de Drogas |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas Tiroide | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Infección Pélvica | <input type="checkbox"/> Problemas con el Alcohol |
| <input type="checkbox"/> Problemas de vesícula | <input type="checkbox"/> Alta presión | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Intento de suicidio | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales | <input type="checkbox"/> Abuso físico |
| <input type="checkbox"/> Abuso Sexual | <input type="checkbox"/> Huesos rotos | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza | <input type="checkbox"/> Pulmonía | <input type="checkbox"/> Ataque de corazón |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> Sangre en el excremento | <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar) |
| <input type="checkbox"/> Pérdida o abortos | <input type="checkbox"/> Papanicolaou Irregular | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Menstruación Irregular | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Problemas de corazón |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Cesaria |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Enfisema |
| Tipo: | Tipo: | |

¿Tiene algún otro problema o condición médica? Sí No Por favor especifca: _____

¿Usted ha sido hospitalizado por alguna razón? Sí No Por favor especifca: _____

HISTORIA FAMILIAR: Indique cual de las siguientes enfermedades ha tenido algún miembro de su familia:

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Alcohollismo | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Trastornos convulsivos |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Adicción a las Drogas |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Corazón | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Problemas Mentales | <input type="checkbox"/> Suicidio |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Migrañas | |

Crossroad Health Center Historia Médica Pasada

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

HISTORIA SOCIAL:

¿Cómo describiría su orientación sexual?

Heterosexual Homosexual/Lesbiana/Gay Bisexual Inseguro Otro Declino responder

¿Cómo describiría su identidad de género?

Hombre Mujer Transgénero Hombre Transgénero Mujer

Otro: _____ Declino responder

¿Qué pronombres prefiere? Él/él Ella/ella Elle/elles Otro: _____

¿Qué sexo le asignaron al nacer? Hombre Mujer Declino responder

¿Usa tabaco? Sí No Former user Si es así, ¿de qué tipo?

Cigarrillos Tabacos in humo Cigarrillos Eléctricos/Cigarrillos de vapor Cigarros ¿Cuántos por día? _____

¿Toma bebidas Alcohólicas? Sí No Si es así, ¿Cuántas bebidas por semana? _____

¿Usa drogas? Sí No Si es así, ¿qué y con qué frecuencia? _____

¿Eres sexualmente activo/a en el último año? Sí No

Si es así, Fue sexualmente activo/a con: (Marque todos los que apliquen) Hombres Mujeres Transexuales Ambos

¿Cuántas parejas ha tenido en el último año? _____

Uno de los principios rectores de Crossroad es que "promovemos la salud de toda la persona: cuerpo, mente y espíritu, reconociendo a Dios como la fuente última de toda salud".

¿Tienes fe en Dios o te consideras una persona espiritual? Sí No Otro: _____

¿Es su fe importante para usted? Sí No Otro: _____

¿Eres parte de una comunidad espiritual? Sí No Otro: _____

¿Cómo podemos ayudarte en tu viaje espiritual? _____

Por favor, indique cualquier otra preocupación que desee compartir con su médico y si desea que oremos con usted:

Crossroad Health Center
 Formulario de Historia Clínica de la Visita Prenatal Inicial
 (revisado enero 2018)

Antecedents de embarazo

| | Fecha(s) de parto(s) | Aborto espontáneo, aborto provocado, parto natural o cesárea? | Semanas de gestación al parto | Niño o niña? | Peso del bebe al nacer | Complicaciones durante el embarazo? | Hospital donde dio a luz? |
|---|----------------------|---|-------------------------------|--------------|------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |

Historia Médica (favor de marcar con un círculo las condiciones que usted tiene o ha tenido)

Diabetes

Depresión

Presión alta

Enfermedad del hígado

Enfermedad del corazón

Enfermedad de la tiroides

Enfermedad autoinmune

Transfusiones de sangre

Enfermedad de los riñones

Asma

Convulsiones

Reacciones adversas a la anestesia

Condiciones genéticas (favor de marcar con un círculo las condiciones que usted, el padre del niño/a o alguna persona de cualquier lado de la familia tienen o han tenido)

Defecto del tubo neural (la espina bífida)

Enfermedad de Canavan

Talasemia

Hemofilia

Disautonomía familiar

Aborto espontáneo o nacimiento de un niño muerto recurrente

Enfermedad de células falciformes

Otra condición genética

Distrofia muscular

Defecto cardíaco congénito

Fibrosis quística

Síndrome de down

Enfermedad de Huntington/corea

Enfermedad de Tay-sachs

Retraso mental/discapacidad

Autismo

