

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"/> Ulceras 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 especifica: _____

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

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"/> Alcoholismo	<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:

¿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: