

## Formulario de admisión

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Telefono de la Farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Medico de Cabecera: \_\_\_\_\_ Teléfono de Medico de Cabecera: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

*Enumere otros proveedores a los que acude:*

Proveedor: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**Razon de su consulta de hoy:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Enumere las alergias que sufre:** \_\_\_\_\_

**Enumere todos los medicamentos** — con receta, sin receta y herbal. *(Si toma más, por favor enumérelas al reverso.)*

*Medicamento/Dosis/Frecuencia*

*Medicamento/Dosis/Frecuencia*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Historia Médica:** (Marque con un círculo todas las que apliquen.)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reflujo/acidez estomacal                      | <input type="checkbox"/> Glaucoma                               |
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH                                      | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas             |
| <input type="checkbox"/> Anemia/conteo bajo de plaquetas               | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca                    |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/depresión/otra historia psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Hepatitis                              |
| <input type="checkbox"/> Artritis                                      | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta                  |
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Colesterol alto                        |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga                        | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal                       |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre                            | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar                    |
| <input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo                           | <input type="checkbox"/> Osteoporosis/osteopenia (pérdida ósea) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (¿qué tipo?) _____                     | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales/intestinales     |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                      | <input type="checkbox"/> Apoplejía                              |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis                                 | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides               |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia                                  | <input type="checkbox"/> Otro: _____                            |

**Historia Quirúrgica:** (Por favor enumere cualquier cirugía que le hayan realizado.)

**Fecha de la cirugía**

**Tipo de la cirugía**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**¿Alguna vez ha estado hospitalizada por algún motivo distinto a partos?**  Sí  No

**Fecha de la hospitalización**

**Razón de la hospitalización**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

## Historia Familiar

Madre:       Vivos     Fallecidos    Edad \_\_\_\_\_ Causa del fallecimiento \_\_\_\_\_

Padre:       Vivos     Fallecidos    Edad \_\_\_\_\_ Causa del fallecimiento \_\_\_\_\_

Hermana/  
Hermano:     Vivos     Fallecidos    Edad \_\_\_\_\_ Causa del fallecimiento \_\_\_\_\_

Hermana/  
Hermano:     Vivos     Fallecidos    Edad \_\_\_\_\_ Causa del fallecimiento \_\_\_\_\_

Hermana/  
Hermano:     Vivos     Fallecidos    Edad \_\_\_\_\_ Causa del fallecimiento \_\_\_\_\_

### ¿Alguno de sus parientes sanguíneos ha tenido lo siguiente? También, especifique la edad y la relación.

	<i>Pariente/Edad</i>		<i>Pariente/Edad</i>
<input type="checkbox"/> Sí    Trastorno bipolar	_____	<input type="checkbox"/> Sí    Hiperlipemia	_____
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí    Cáncer de senos	_____	<input type="checkbox"/> Sí    Enfermedad renal	_____
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí    Cáncer de colon	_____	<input type="checkbox"/> Sí    Melanoma	_____
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí    Depresión	_____	<input type="checkbox"/> Sí    Cáncer de ovario	_____
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí    Diabetes	_____	<input type="checkbox"/> Sí    Cáncer de próstata	_____
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí    Enfermedad cardíaca	_____	<input type="checkbox"/> Sí    Apoplejía	_____
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí    Presión arterial alta	_____	<input type="checkbox"/> Sí    Cáncer uterino	_____
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No	

## Historia Social

Ocupación actual:  Empleado  Desempleado  Estudiante  Ama de casa  Jubilada  Otro

Nivel de educación: \_\_\_\_\_

Estado marital:  Soltera  Casada  Divorciada  Separada  Viuda  Pareja

¿Cuál es su género? \_\_\_\_\_

¿Cuál era su género al nacer?  Femenino  Masculino

Nivel de ejercicio:  Nunca  Ocasional  Moderado  Intenso

¿Sigue alguna dieta especial?  No  Sí ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_

Estado de fumador:  Nunca fumó  Solía fumar  Fumador - He fumado desde los \_\_\_\_ años de edad

Consumo de alcohol:  Nunca  Ocasional  Moderado  Intenso

¿Utiliza drogas de la calle?  No  Sí - ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

¿Suele utilizar el cinturón de seguridad?  No  Sí

## Historia Ginecológica

Edad en la que comenzó a menstruar: \_\_\_\_\_ ¿Cuán seguido tiene la menstruación? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo dura? \_\_\_\_\_

Fecha del último Papanicolaou: \_\_\_\_\_ ¿Alguna vez ha tenido un Papanicolaou anormal?  No  Sí

¿Es sexualmente activa?  No  Sí - ¿con quién?  Hombres  Mujeres  Ambos

Método anticonceptivo actual: \_\_\_\_\_

¿Le interesa conversar sobre anticonceptivos hoy?  No  Sí  Indecisa

¿Ha tenido una enfermedad de transmisión sexual?  No  Sí - ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le han colocado la vacuna del VPH (cáncer cervical)?  No  Sí  Insegura

## Historia Obstétrica

¿Alguna vez ha estado embarazada? (inclusive abortos espontáneos o abortos)  No  Sí

¿Cuántas veces ha estado embarazada? \_\_\_\_\_

- Número de alumbramiento a término \_\_\_\_\_
- Número de abortos \_\_\_\_\_
- Número de embarazos tubarios (ectópicos) \_\_\_\_\_
- Número de alumbramientos prematuros \_\_\_\_\_
- Número de abortos espontáneos \_\_\_\_\_
- Número de mellizos/trillizos \_\_\_\_\_

¿Cuántos hijos viven? \_\_\_\_\_

## Embarazos Anteriores

Fecha de alumbramiento	# de bebés	Peso	Varón/ Hembra	Vaginal/Cesárea	A término/ Prematuro	Complicación durante el embarazo o alumbramiento
1						
2						
3						
4						
5						