

+ teton free clinic

one mission. many volunteers.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Queja actual o Preocupación: _____

Medicamentos o Suplementos Actuales:

Medicamento	Dosis/Frecuencia	Medicamento	Dosis/Frecuencia
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Alergias a Medicamento: _____

Historial Médico Pasado: (circule todo lo que aplique)

Alergias (por temporada)	Diabetes/Pancreatitis	Presión Alta/Baja	Tobillos Hinchados/Edema
Anemia/Transfusión de Sangre	Diarrea/Colitis /Enf. Crohn	Colesterol Alto	Problemas Urinarios
Problemas con Anestesia	DVT/PE	Insomnio	Problemas de Tiroides
Artritis	Oído/Problemas en Escuchar	Ictericia	Ataque al Corazón
Asma/Enfisema	Problemas con la Vesícula Biliar	Problemas Renales/Falla	Déficit Neurológico
Coágulos de sangre/Anticoagulación	Gota	Problemas de Hígado	Esteroides/Inmunosupresión
Sangre en las heces	Dolores de Cabeza/Migrañas	Problemas del Pulmón/Tos	
Cáncer/Alguna masa preocupante	Acidez Estomacal/úlceras gástricas	Osteoporosis/Osteopenia	
Tosiendo Sangre/COPD	Enfermedad del Corazón/Murmuro	Neumonía	
Depresión/Ansiedad	Ataque de Corazón/Falla/Angina	Trauma (Tipo/Localización) _____	
Diverticulitis/Diverticulosis	Hepatitis	Otro: _____	
Otra área de Cáncer: _____	Problemas de Próstata	Cuido Psiquiátrico	
Convulsiones	Irritación de Piel	Dificultad para respirar	

Hospitalizaciones Pasadas / Cirugías Pasadas

Razón	Hospital/Año	Razón	Hospital/Año
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Fecha de su última Colonoscopia: _____ ¿Hallazgos Anormales? _____ Si/No

Para Hombres Solamente:

Fecha de su último examen de próstata _____ ¿Hallazgos Anormales? _____ Si / No

Para Mujeres Solamente:

Fecha de su última mamografía _____ ¿Hallazgos Anormales? _____ Si / No
 Fecha de su ultimo Papanicolaou _____ ¿Hallazgos Anormales? _____ Si / No
 Fecha de su último Periodo _____

Historial de Familia Inmediata

Miembro de la Familia	¿Vivo?	Edad al morir	¿Alguna enfermedad seria?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Historial Social

¿Usted bebe alcohol? Si / No	¿Actualmente usa tabaco? Si / No
Sí, sí. ¿Cuán frecuente? _____	¿Por cuantos años ha fumado? _____
¿Cuán to bebe por sesión? _____	¿Cuántas cajas/latas por semana? _____
¿Por cuantos años bebe alcohol? _____	Fecha que dejo de Fumar _____
¿Hace ejercicios? Si / No	¿Practica sexo con protección? Si / No

Inmunización

¿Alguna vez se ha puesto la vacuna de Neumonía? Si / No
 Fecha de su última vacuna de Tétano _____
 Fecha de su última vacuna de Herpes _____
 ¿Se ha puesto la vacuna del Influenza (flu) este año? Si / No
 Fecha de su última vacuna de TDAP? _____