

# + 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? _____     |
| ¿Cuánto 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? \_\_\_\_\_