



Historial Médico

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Medicamento actual (incluya dosis (cantidad) por día)

Medicamento	Dosis	Frecuencia

Alergia a algún medicamento: ☐ Sí ☐ No

Liste: _____

Historial Quirúrgica: ☐ Sí ☐ No

Año	Cirugía

Hospitalización: ☐ Sí ☐ No

Fecha de entrada	Fecha de salida	Razón

Historial Social:

¿Fuma /usa tabaco? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí: ¿Cuántos paquetes al día? _____

¿Usa tabaco en un método diferente? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí: ¿Cuánto por día? _____

¿Usa drogas? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí: ¿Qué tipo? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Consume alcohol? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí: ¿Con qué frecuencia? _____

¿Consume cafeína? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí: ¿Con qué frecuencia? _____

¿Hace ejercicio? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí: ¿Con qué frecuencia? _____

¿Cuánto tiempo de pantalla tiene al día? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Hospital de Nacimiento:

☐ Alexian Brothers Hospital ☐ Northwest Community Hospital ☐ Sherman Hospital ☐ St. Alexius Hospital

☐ Central DuPage Hospital ☐ Other: _____

Historial Familiar: Marque una "X" para indicar que la respuesta es sí.

[illegible]**Historial de ginecología / obstetricia (Complete la siguiente sección si es mujer)**

¿Cuál es el día de su último ciclo menstrual? ¿A qué edad comenzó su ciclo menstrual?

¿A tenido un Papanicolaou? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí: ¿Cuál es la fecha de su última prueba? _____

¿Cual es la frecuencia de su período? ¿Cuántos días dura su ciclo menstrual?

¿Usa anitconceptivos? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, ¿De qué tipo?

¿A tenido una mamografía? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, ¿Cuando y donde?

Historial de Embarazo (Todos los embarazos) ☐ No he estado embarazada

Historial obstétrico incluyendo abortos y embarazos ectópicos.

[illegible]