

Memorial Hermann Medical Group

Historial médico de paciente nuevo-PCMH

Fecha actual: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Motivo de su visita: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

ESPECIALISTAS

Por favor, mencione cualquier otro médico que usted visite:

Especialidad

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

Marque cualquier afección en su familia.

AFECCIÓN	PADRE	MADRE	HERMANO	HERMANA	OTROS
Ansiedad					
Asma					
Trastorno de la sangre/coagulación					
Cáncer (¿de qué tipo?)					
Diabetes					
Demencia					
Depresión					
Ataque cardíaco (¿a qué edad?)					
Hipertensión					
Colesterol elevado					
Enfermedad renal					
Accidente cerebrovascular					
Enfermedad de la tiroides					
Otros					

**MEMORIAL
HERMANN**

New Patient Medical
History - PCMH



ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

Marque cualquier afección que aplique a usted.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colesterol elevado |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfisema (EPOC) | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de la sangre/coagulación | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco (¿a qué edad?) _____ | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca (arterias bloqueadas) | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> COVID | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

HISTORIAL QUIRÚRGICO

Haga una lista de las cirugías que ha tenido.

Fecha

Haga una lista de las cirugías que ha tenido.	Fecha

MANTENIMIENTO DE LA SALUD

¿Ha recibido las siguientes vacunas (inmunizaciones)?

Sí (Fecha)

No

¿Ha recibido las siguientes vacunas (inmunizaciones)?	Sí (Fecha)	No
Varicela		
COVID		
Gripe		
Meningitis		
Neumonía (Pneumovax, Prevnar)		
Herpes zóster (Zostavax, Shingrix)		
Tétanos		

¿Se ha realizado estos exámenes?

Si la respuesta es "sí", indique la fecha (mes/día/año) y los resultados. No

Prueba de densidad ósea		
Detección de cáncer de colon		
o colonoscopia		
o prueba inmunoquímica fecal (FIT-ADN) (por ejemplo: Cologuard)		
o análisis de sangre oculta en la materia fecal (FOBT) (por ejemplo: Hemoccult Sensa)		
u otra: mencione nombre de la prueba		
Examen ocular por diabetes		
Mamografía		
Citología vaginal		

**MEMORIAL
HERMANN**

**New Patient Medical
History - PCMH**



ANTECEDENTES SOCIALES

Uso del tabaco: Todos los días Algunos días Ex-fumador Nunca

Tipo (si corresponde): _____

Exposición al humo

del tabaco: Ninguna En el trabajo En casa

Si usted es un fumador actualmente o lo fue en el pasado, ¿ha fumado último año? Sí No

Consumo de alcohol: * El año pasado, ¿cuán seguido bebió un trago con alcohol?
 Nunca Una vez al mes o menos 2 a 4 veces al mes
 2 a 3 veces a la semana 4 o más veces a la semana

* El año pasado, ¿cuántos tragos tomaba en un día típico cuando bebía?
 1-2 3-4 5-6 7-9 10 o más

* El año pasado, ¿cuán seguido bebió 6 o más tragos en una misma ocasión?
 Nunca Menos de una vez al mes Una vez al mes
 Cada semana Cada día o casi cada día

* Tipo de alcohol Cerveza Vino Licor

Consumo de sustancias: Actual Pasado Nunca

Tipo (si corresponde): _____

Ejercicio: No realizo actividad Actividad ligera Actividad moderada Actividad intensa/vigorosa

Si realiza ejercicio, ¿cuántas veces a la semana? _____

Si realiza ejercicio, ¿cuántos minutos por sesión? _____

Ocupación: _____ Estudiante Jubilado Desempleado

HISTORIA OBSTÉTRICA

¿Alguna vez ha estado embarazada? N/A No Sí

Si la respuesta es afirmativa, indique los embarazos aquí: _____

FECHA/AÑO	SEMANAS AL NACER	PARTO: VAGINAL, POR CESÁREA, PÉRDIDA DEL EMBARAZO, ETC.	SEXO DEL NIÑO

¿Tuvo alguna complicación durante sus embarazos? N/A No Sí

En caso afirmativo, describa: _____

**MEMORIAL
HERMANN**

**New Patient Medical
History - PCMH**



MEDICAMENTOS

No estoy tomando ningún medicamento.

Traje una lista de los medicamentos que tomo. [No es necesario que anote los medicamentos si trajo una lista completa].

Haga una lista de todos los medicamentos que tomó antes de la evaluación. Incluya los medicamentos sin receta médica, alternativos, a base de hierbas y las recetas.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	¿CUÁNTAS PASTILLAS TOMA A LA VEZ?	¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?	MÉDICO QUE RECETA:	¿LOS CONSUME SEGÚN LAS INDICACIONES?
Ejemplo: <i>Tylenol</i>	<i>100 mg</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>Dr. Smith</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Farmacia local: _____ Número de teléfono: _____

Farmacia de pedidos por correo: _____ Número de teléfono: _____

ALERGIAS

No tiene alergias conocidas

MEDICAMENTO/COMIDA/AMBIENTE	REACCIÓN	GRAVEDAD
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave

He completado lo anterior según mi conocimiento.

a.m.
 p.m.

Firma del paciente/Tutor

Nombre en letra imprenta

Relación con el paciente

Fecha

Hora

**MEMORIAL
HERMANN**

**New Patient Medical
History - PCMH**

