

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	Altura:	Peso:
Primary Care Physician:		Farmacia:	Farmacia de correo:	
Alergias: Si No	En casa que si, cuales:			
Medicamentos: Si No	En casa que si, cuales:			

**History Medica:** Seleccione cuales tienes:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad<br><input type="checkbox"/> Artritis<br><input type="checkbox"/> Asma<br><input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular<br><input type="checkbox"/> Hiperplasia Prostática Benigna<br><input type="checkbox"/> Cáncer de Mama<br><input type="checkbox"/> Cáncer de Colon | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstruictiva Crónica<br><input type="checkbox"/> Arteriopatía Coronaria<br><input type="checkbox"/> Depresión<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Diagnóstico Renal en Etapa Terminal<br><input type="checkbox"/> Persión Sanguínea Elevado<br><input type="checkbox"/> Colesterol Elevado | <input type="checkbox"/> Reflujo Gastroesofíagio<br><input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición<br><input type="checkbox"/> Hepatitis<br><input type="checkbox"/> VIH/SIDA<br><input type="checkbox"/> Hipertiroidismo<br><input type="checkbox"/> Hipotiroidismo<br><input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata | <input type="checkbox"/> Leucemia<br><input type="checkbox"/> Linfoma<br><input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón<br><input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación<br><input type="checkbox"/> Cuvulsiones<br><input type="checkbox"/> Ataque Al Corazón<br><input type="checkbox"/> Ninguno |
|---|--|--|---|

**Cirugía Pasadas:**

- 
- Apendectomía
- 
- 
- Colectectomía
- 
- 
- Cesárea
- 
- 
- Escisión de Carcinoma Basocelular
- 
- 
- Escisión de Melanoma
- 
- 
- Escisión de Carcinoma de Células Escamosas
- 
- 
- Histerectomía
- 
- 
- Otro: \_\_\_\_\_

**Condiciones de la Piel:** Seleccione cuales tienes:

- 
- Acné
- 
- 
- Queratosis Actínica
- 
- 
- Cáncer de Células Basales
- 
- 
- Eczema
- 
- 
- Picazón en el Cuero Cabelludo
- 
- 
- Alergias Estacionales
- 
- 
- Melanoma Maligno
- 
- 
- Soriasis
- 
- 
- Erupción Cutanea
- 
- 
- Cellulas Escamosas
- 
- 
- Ninguno

¿Usas Protector Solar? Si No	¿Que FSP?	¿Te bronceas en un salón de bronceado? Si No
¿Tienes antecedentes familiares de melanoma? Si No	¿En caso que si, que parientes?	
¿Tienes antecedentes familiares de cáncer de piel no melanoma? Si No	¿En caso que si, qué miembro de la familia y qué tipo?	

**Estado de Fumar**

- 
- Fumas todos los días
- 
- 
- Ex Fumador
- 
- 
- Nunca Fumaste

**Consumo de Alcohol**

- 
- Nada
- 
- 
- Menos de un trago al día
- 
- 
- Uno a dos tragos al día
- 
- 
- Tres o mas tragos al día

**Detalles de tu Historia Social**

- 
- No sexualmente activo(a)
- 
- 
- Sexualmente activo(a) con una persona
- 
- 
- Sexualmente activo(a) con mas de una persona

Hombres: ¿Cuantas veces has tenido cinco o mas tragos en un día, en este año? \_\_\_\_\_

Mujeres Mayores de 50 años: ¿Cuantas veces has tenido un trago mas de 4 veces en un día, en este año? \_\_\_\_\_

**Vacuna Contra la Influenza - Seleccione Uno:**

- 
- Recibió la vacuna
- 
- 
- No recibió la vacuna

**Vacuna Neumocócica: (para pacientes mayores de 65 años)**

- 
- Recibió la vacuna
- 
- 
- No recibió la vacuna

**Otras Vacunas (solamente para pacientes de 13 años):**

- 
- Recibió una dosis de la vacuna meningococo entre 11 a 13 años
- 
- 
- Recibió una dosis de la vacuna contra el tétanos
- 
- 
- Recibió al menos de tres vacunas contra el VPH entre los 9 a 13 años

**Directivas Avanzadas:**

Directivas avanzadas son diseñadas para respetar tu autonomía y determinar sus deseos sobre el mantenimiento de la vida médica en el futuro. Si no puede indicar sus deseos. Las intervenciones y tratamientos incluyen: Procedimientos de reanimación como primeros auxilios (R.C.P), y respiración mecánica (tubo de respiración).

¿Qué cleclaraciones retlejan mejor tus deseos?

- 
- Código Completo: Quiero primeros auxilios completos.
- 
- 
- No Intubar: No deseo tener un tubo de respiración aunque me salve la vida.
- 
- 
- No Resucitar: En cazo que se pare mi corazón. No deseo tener compresiones torácicas o desfibrilador externo automático para reiniciar mi corazón, aunque me salve la vida.
- 
- 
- Tengo un tesamento vital.
- 
- 
- Tengo un poder de atención médica que se llama \_\_\_\_\_ y su numero de contacto es \_\_\_\_\_.