Harmony Community Clinic

1103 W Hibiscus Blvd, Suite 302A, Melbourne, FL 32901 · harmonycommunityclinic@gmail.com

Cuestionario de Historia Médica

Sus respuestas nos ayudan a brindarle atención segura. Toda la información es confidencial y forma parte de su expediente médico.

Nombre del paciente (letra de molde) _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Estatura _____ Peso actual _____ Peso meta (si aplica) _____ Último examen físico (aprox.) _____

Motivo principal de su visita / metas de salud _____

Medicamentos actuales

Incluya recetas, medicamentos sin receta, vitaminas, suplementos, productos naturales, hormonas, péptidos y medicamentos para bajar de peso.

Medicamento / suplemento	Dosis	Frecuencia	Motivo

Alergias

☐ Sin alergias conocidas ☐ Látex ☐ Lidocaína / anestesia local

☐ Adhesivo / cinta ☐ Huevo ☐ Proteína de leche de vaca

Medicamento, alimento u otra sustancia	Reacción (sarpullido, hinchazón, dificultad para respirar, etc.)

Condiciones médicas (marque todas las que tenga o haya tenido)

☐ Presión arterial alta ☐ Enfermedad del corazón / infarto ☐ Latidos irregulares

☐ Insuficiencia cardíaca ☐ Derrame cerebral / mini derrame ☐ Coágulos de sangre (TVP / EP)

☐ Colesterol alto ☐ Diabetes tipo 1 ☐ Diabetes tipo 2 / prediabetes

☐ Enfermedad de la tiroides ☐ Cáncer medular de tiroides ☐ Síndrome MEN2

☐ Pancreatitis ☐ Enfermedad de la vesícula ☐ Enfermedad del hígado

☐ Enfermedad de los riñones / cálculos renales ☐ Enfermedad del estómago / intestino ☐ Gastroparesia

☐ Asma / EPOC ☐ Apnea del sueño ☐ Convulsiones

- ☐ Migrañas
- ☐ Enfermedad neuromuscular (ej. miastenia gravis)
- ☐ Enfermedad autoinmune
- ☐ Trastorno de sangrado o coagulación
- ☐ Anemia
- ☐ Deficiencia de G6PD
- ☐ Cáncer (tipo): _____
- ☐ Depresión / ansiedad
- ☐ Otra condición de salud mental
- ☐ Trastorno alimenticio (pasado o actual)
- ☐ VIH / hepatitis
- ☐ Queloides / cicatrización anormal
- ☐ Herpes labial (fuegos)
- ☐ Problemas de la piel
- ☐ Glaucoma / enfermedad de los ojos
- ☐ Problemas de la próstata
- ☐ Infertilidad
- ☐ Otro: _____

Cirugías y hospitalizaciones

Cirugía / motivo de hospitalización	Año

Historia familiar (padres, hermanos, hijos)

- ☐ Enfermedad del corazón
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Diabetes
- ☐ Derrame cerebral
- ☐ Coágulos de sangre
- ☐ Cáncer de mama
- ☐ Cáncer de próstata
- ☐ Cáncer de colon
- ☐ Cáncer de tiroides / MEN2
- ☐ Otro cáncer: _____
- ☐ Enfermedad mental
- ☐ Otro: _____

Estilo de vida

	Sí	No
¿Fuma, vapea o usa tabaco o nicotina actualmente?	☐	☐
¿Toma alcohol? Si contesta sí, ¿cuántas bebidas por semana aproximadamente? _____	☐	☐
¿Usa drogas recreativas o no recetadas, incluyendo marihuana?	☐	☐
¿Hace ejercicio regularmente? Si contesta sí, tipo y días por semana: _____	☐	☐
¿Es atleta competitivo, militar o está sujeto a pruebas de drogas?	☐	☐

Salud de la mujer

Primer día de la última menstruación _____ Método anticonceptivo _____ Última mamografía _____ Último Papanicolaou _____

	Sí	No
¿Está embarazada o podría estarlo?	☐	☐
¿Está amamantando?	☐	☐
¿Planea un embarazo en los próximos 12 meses?	☐	☐
¿Ya pasó por la menopausia? Si contesta sí, ¿a qué edad? _____	☐	☐

Salud del hombre

Última prueba de PSA (si la sabe) _____ Resultado (si lo sabe) _____

	Sí	No
¿Está tratando de tener hijos ahora o en el futuro?	☐	☐
¿Tiene dificultad para orinar o un chorro de orina débil?	☐	☐

Confirmo que la información de este cuestionario es correcta y completa según mi conocimiento. Entiendo que omitir información puede afectar la seguridad de mi atención, y mantendré informada a la clínica sobre cualquier cambio en mi salud o mis medicamentos.

Firmas

Al firmar abajo, confirmo que leí este formulario (o me lo leyeron) en un idioma que entiendo, que tuve la oportunidad de hacer preguntas y todas fueron contestadas, y que acepto sus términos de forma voluntaria.

Nombre del paciente (letra de molde)	Firma del paciente	Fecha

Padre / madre / tutor / representante legal (letra de molde, si aplica)	Parentesco con el paciente	Firma del representante	Fecha

Cuéntenos sobre su visita

Su opinión ayuda a otras familias a encontrar atención de calidad. Después de su visita, escanee este código con la cámara de su teléfono para dejarle una reseña a Harmony Community Clinic en Google.

Gracias por confiarnos su salud.