

Date: / / Age: _____

Información Clínica del Paciente

I (B) = (PFSH) Historia Medica, Familia & Social

(B1) HISTORIA FAMILIAR			Alguien de su familia ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? Abrevie: Madre (M) Padre (P) Hermano (HO) Hermana (HA) Abuela (AM) Abuelo (AP)								
	SI	NO	Quien		SI	NO	Quien		SI	NO	Quien
1 Diabetes				11 Cáncer (Otro)				19 Tuberculosis			
2 Presión Alta				12 Ataques/epilepsia				20 Enfermedad de la Tiroides			
3 Alto Colesterol				13 Enfermedad Mental/Depresión				21 Defectos de Nacimiento			
4 Problemas del Corazón				14 Enfermedad del Riñón				22 Cuates			
5 Derrame cerebral				15 Artritis				23 Enfermedad de Alzheimer			
6 Cáncer de los pechos				16 Osteoporosis				24 Problemas con bebidas Alcohólicas o Drogas			
7 Cáncer del Colon				17 Enfermedad del Hígado/Hepatitis							
8 Cáncer Ovario/Útero				18 Enfermedad de los Pulmones							

9 MADRE: Vive Fallecida: - Causa: _____ Edad: _____ PADRE: Vive Fallecido: - Causa: _____ Edad: _____

10 HERMANOS: Cuantos Viven: _____ Cuantos Fallecidos: _____ Causa(s)/Edad(s) _____

(B2) HISTORIA MEDICA PERSONAL:											
	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
25 Anemia			35 Tumor o secreción de los pechos			45 Venas Varicosas			55 Fuma?		
26 Lentes de Contacto			36 Defectos de Nacimiento			46 Enfermedades Digestivas			56 Usa drogas ilícitas?		
27 Rubela			37 Presión Alta			47 Transfusiones de Sangre			57 Toma bebidas alcohólicas?		
28 Dolores de Cabeza			38 Problemas del Corazón			48 Enfermedad del Hígado			58 Depresión/Ansiedad		
29 Derrame cerebral			39 Fiebre Reumática			49 Tuberculosis			59 Inmunizaciones Tetanus Hepatitis B Influenza		
30 Diabetes			40 Enfermedad del Riñón			50 Enfermedades Venéreas					
31 Cáncer			41 Asma			51 HIV/Sida					
32 Enfermedad de la Tiroides			42 Enfermedad de los Pulmones			52 Hepatitis A, B, C			60 Alergias?		
33 Ataques/epilepsia			43 Coágulos de sangre			53 Violencia Domestica					
34 Enfermedad Colage/Lupus			44 Fracturas de Huesos			54 Artritis/Dolor de Espalda					

Esta tomando Medicamentos? (Nombre, dosis, quien se lo receto?)		(B3) HISTORIA SOCIAL	
61	_____	1 Ocupación:	_____
Operaciones? (Tipo, fecha, cirujano, ciudad) _____ Complicaciones con la Anestesia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		2 Años de Educación:	_____
		3 Cuantas personas viven en su casa:	_____
62	_____	4 <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada	_____
Hospitalizada? (Razón/Fecha, Medico) _____		<input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Separada	_____
		63	_____

HISTORIA MENSTRUAL si esta reglando	Si	No	HISTORIA GINECÓLOGA	Yes	No	HISTORIA de MENOPAUSIA Si ya tuvo su menopausia	Si	No	HISTORIA de MENOPAUSIA (Cont)	Yes	No
64 Edad de su primer periodo?			71 Actualmente, esta relaciones sexuales?			77 Edad de Menopausia?			84 Ha usado hormonas?		
65 Sus periodos son Regular o Irregular?			72 Es usted sexualmente activa?			78 Le dan bochornos?			85 Se ha hecho la prueba Densidad de huesos?		
66 Sus periodos son Normal / Ligeros/Pesados?			73 Ud o su pareja usan un método de control de la natalidad?			79 Siente resequedad vaginal?			86 Se ha hecho un Mamograma?		
67 Tiene calambres con su periodo?			74 Prueba de cáncer anormal? (PAP)			80 Orina frecuentemente/goteo al estornudar o toser?			87 Se ha hecho un Colonoscopy?		
68 Si su respuesta es SI: Liger/Moderdo/Severos			75 En su vida, con cuantos compañeros ha tenido relaciones sexuales?			81 Disminución del interés en el sexo?			88 Se ha hecho la prueba del Colesterol?		
69 Toma medicina para los calambres?			76 Siente dolor/sangrado al tener relaciones sexuales?			82 Se examina sus pechos una vez al mes?			89 Pelvic Tumor/Fibroid?		
70 Si? Que toma?						83 Cuando fue su ultimo Papanicolaou?			90 Tumor en el ovario?		

91 Historia de Embarazos:	# de embarazos	Aborto Electivos? Aborto?	Abortos Espontáneos?	Nacidos muertos?
	# Partos Prematuros?	Embarazos en los tubos?	Cesárea?	Hijos vivos?

Ano	Peso	Sexo Mujer/Hombre	Horas Labor	Vaginal/C-S	Doctor / Complicaciones	Anestesia No Epidural General	I-B PFSH SUMMARY					
		M H		V C		N E G	1) Provider Signature/Date Reviewed:	NONE	NONE	Pertinent 1 AREA	Complete 2-3 AREAS	Transfer to Encounter
		M H		V C		N E G	2) Provider Signature/Date Reviewed:	NONE	NONE	Pertinent 1 AREA	Complete 2-3 AREAS	
		M H		V C		N E G	3) Provider Signature/Date Reviewed:	NONE	NONE	Pertinent 1 AREA	Complete 2-3 AREAS	
		M H		V C		N E G	4) Provider Signature/Date Reviewed:	NONE	NONE	Pertinent 1 AREA	Complete 2-3 AREAS	

Patient's Firma/Fecha: _____

I (C) ROS (Marque todos los que apliquen)	Hoy	Antes	NO Se		Hoy	Antes	NO Se
1 CONSTITUCIONAL	<input type="checkbox"/> Ninguno			8 MUSCULOSKELETAL	<input type="checkbox"/> Ninguno		
Perdida de Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilidad Muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor muscular o de coyunturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 INTEGUMENTARIO	<input type="checkbox"/> Ninguno		
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel: Salpullido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio de Estatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Llagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 OJOS	<input type="checkbox"/> Ninguno			Piel seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión Doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lunares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veo Manchas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 NEUROLOGICO	<input type="checkbox"/> Ninguno		
Cambios en visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anteojos/Contactos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 OIDOS, NARIZ y GARGANTA	<input type="checkbox"/> Ninguno			Aturdimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zumbido de oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas severos de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para oír	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza severos o frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 SIQUIATRICO	<input type="checkbox"/> Ninguno		
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión o Lloro frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Llagas en la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad severa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas Dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 ENDOCRINO	<input type="checkbox"/> Ninguno		
4 CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/> Ninguno			Perdida de cabello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor al respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intolerancia al Calor/Frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de pecho y/o Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sed anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad de respiración al hacer ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acceso repentino de calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO	<input type="checkbox"/> Ninguno		
El corazón palpita rapido o irregular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moretones frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/> Ninguno			Cuando se corta no para de sangrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ganglios linfáticos crecidos (Glándulas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escupe Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 ALERGIA/INMUNOLÓGICA	<input type="checkbox"/> Ninguno		
Falta de respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias a medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Que clase de alergia y que reacción tuvo</i>			
6 GASTROINTESTINAL	<input type="checkbox"/> Ninguno			Otras Alergias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea Frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Firma del Paciente/Fecha			
Sangre en el excremento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Forma completa por: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Otro			
Nausea/Vomito/Indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Constipación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comentarios:			
Perdida involuntaria de gas o excremento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7 GENTOURINARIO	<input type="checkbox"/> Ninguno						
Senos: Dolor del seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Desecho del Pezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Bulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Urgencia al orinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Orinar frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
No vacía al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Perdida de orina involuntariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Perdida de orina al toser o levantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1) Provider Signature/Date Reviewed:			
Sangrado anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Periodos dolorosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2) Provider Signature/Date Reviewed:			
Premenstrual Síndrome (PMS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dolor al tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3) Provider Signature/Date Reviewed:			
Fibroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Infertilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Exposición al DES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4) Provider Signature/Date Reviewed:			
Desecho vaginal anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Remark as appropriate on H & P