

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

Bienvenidos a Bay Area Midwifery Center! Nuestra meta es ofrecerle un cuidado médico profundo, excelente, y sensitivo. En cuanto más sabemos sobre usted, lo mejor que vamos a poder cuidar de usted. Por favor tome unos minutos para imprimir este Historia de Salud y complétela - luego tráigala con usted a su primera cita. ¡Muchas gracias y bienvenidos!

¿Cuál es el tema más importante que usted quiere que su nuevo médico le ayude durante su primera visita?

¿Cuáles son sus otras preocupaciones que le gustaría que le ayudemos?

SU HISTORIA MÉDICA

Circule cualquiera de las condiciones que tenía cuando era un niño(a).

Varicela	Sarampión	Paperas	Fiebre Escarlatina	Fiebre reumática
Asma	Convulsiones	Neumonía	Soplo del corazón / condiciones	
Otra:				
Presión arterial alta o hipertensión			Enfermedad del corazón	Diabetes
Úlcera Estomacal	Asma	Bronquitis crónica	Enfisema	
Migrañas	Convulsiones	Epilepsia	Cáncer (tipo):	
Otra:				
Neumonía	Infección de orina / vejiga / riñón		Tuberculosis	
Enfermedades transmitidas sexualmente			Depresión o enfermedad mental	

Circule cualquier condición crónica que ha tenido como adulto.

Circule de cualquiera de las siguientes condiciones que usted haya sido tratado en cualquier momento de su vida.

SU HISTORIA DE SERUGIAS

Mencione cualquier cirugía que haya tenido en su vida, incluyendo cosas como el apéndice, las amígdalas, etc y anote al año que la cirugía se llevó a cabo.

SUS HÁBITOS DE SALUD

¿Fuma algún producto de tabaco?

Sí, en la actualidad. En el pasado año. Más de un año. Nunca.

Si usted es un fumador, ...

¿Cuántos paquetes de cigarrillos fuma al día? _____

¿Por cuántos años ha estado fumando? _____

MARQUE AQUÍ SI USTED está interesado en aprender más acerca de cómo USTED PUEDE DEJAR DE FUMAR CON ÉXITO []

¿Toma alguna forma de alcohol (cerveza, vino, licor)?

Nunca Raramente Cada Mes Cada Semana Diariamente

¿Utiliza alguna droga?

Sí, en la actualidad Nunca En el pasado, ahorita no

ALERGIAS / VACUNAS/ MEDICAMENTOS

Por favor escriba cualquier medicamento o comida a los que usted tiene alergia →

¿Cuándo fue la última vez que fue vacunada contra...

¿Tétanos? _____ ¿Hepatitis B? _____ ¿Neumonía? _____ ¿Influenza? _____

Por favor escriba cualquier medicamento que usted está tomando.

Incluya bastante detalles que usted pueda recordar, por ejemplo las dosis, la frecuencia con que lo toma, etc. Incluya medicamentos sin receta, vitaminas, remedios de hierbas, y otros medicamentos sin receta.

Nombre del Medicamento	Dosis	Cuántas veces al día

Nombre del Medicamento	Dosis	Cuántas veces al día

QUÉ FARMACIAS (TIENDA DE MEDICAMENTOS) USA USTED?

Por favor incluya el nombre, domicilio, y números de teléfono (Por ejemplo: "Walgreens en la calle 103^{ra} y Halsted, 773-555-1212")
¡No se le olvide incluir farmacias de órdenes por correo que usted usa!

OTROS PROBLEMAS DE SALUD

- En los últimos 3 a 6 meses, ¿se ha caído o ha tenido algún accidente? Si No
- Durante el último mes, ¿ha estado molesto por sentirse triste, deprimido o sin esperanza? Si No
- Durante el último mes, ¿ha estado molesto por sentir poco interés o placer en hacer cosas? Si No

Actividad de Recreo:

- ¿Cuántos minutos por semana participa usted en actividades físicas vigorosas (como correr, nadar, jugar baloncesto, clase de bicicleta, levantar pesas) _____ minutos
- ¿Cuántos minutos a la semana usted participa en una actividad física moderada (como caminar, yoga, bicicleta) _____ minutos

SI USTED ES UNA MUJER...

¿Cuántos embarazos totales han tenido? _____ Número total de niños: _____
Abortos involuntarios: _____ Abortos: _____

¿Cuándo fue el primer día de su última menstruación? Fecha: _____

¿Cuándo fue su última prueba del Papanicolaou? _____

¿Alguna vez ha tenido un Papanicolaou anormal? SÍ NO

¿Qué tipo de método anticonceptivo utiliza usted? _____

¿Estás pensando en embarazarse en el próximo año? SÍ NO

Muchas gracias por su ayuda! Por favor, dale esto a la enfermera cuando le llamen a la sala de examen.

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha
 sentido molestias debido a los siguientes problemas?
 (Marque con un " " para indicar su respuesta)

1. Poco interés o placer en hacer cosas

2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas

3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer
 dormido(a), o ha dormido demasiado

4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía

5. Sin apetito o ha comido en exceso

6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un
 fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con
 su familia

7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas
 actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión

8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas
 podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a)
 o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de
 lo normal

9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de
 lastimarse de alguna manera

FOR OFFICE CODING 0 + + + = Total Score: _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para
 hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil
 Un poco difícil
 Muy difícil
 Extremadamente difícil

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención
 educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.