

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTES NUEVOS -
ADULTOS
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY -
ADULT**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Identidad de género (Opcional) _____

Por favor sea tan detallado como pueda, para que podamos brindarle la mejor y más segura atención.

¿Dónde le atendían antes? _____

Farmacia de su preferencia (Nombre y ubicación): _____

¿Cuáles son las razones principales de su visita? N°1: _____ N°2 _____

Si el tiempo lo permite, N°3: _____

Solicitudes específicas: Llenado de formularios Resultado de análisis Derivación

Justificante para el trabajo/escuela Resurtir medicamento Otra: _____

¿Tiene usted?: Directivas avanzadas Sí No Testamento vital Sí No Poder legal para decisiones médicas Sí No

Si no los tiene, ¿le gustaría obtener más información al respecto? Sí No

ALERGIAS

Ninguna alergia conocida

Enumere cualquier alergia e intolerancia a **medicamentos, alimentos y ambientales.**

Alergia:	Reacción:

MEDICAMENTOS

No toma ningún medicamento

Enumere cualquier medicamento que toma, con la dosis y la frecuencia. Use el reverso si necesita más espacio.

Nombre del medicamento:	Dosis:	Frecuencia	¿Necesita resurtirlo (Sí / No)?

Enumere cualquier vitamina, suplemento naturista y medicamento de venta sin receta

1.	4.
2.	5.
3.	6.

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

NEW PATIENT MEDICAL HISTORY - ADULT

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Gender Identity (Optional) _____

Please provide as much detail as you are able so that we can give you the safest and best care possible.

Where were you getting your care before? _____

Preferred Pharmacy (name and location): _____

What is the primary reason for your visit? #1: _____ #2: _____

If time permits, #3 _____

Specific requests: Form completion Test result Referral Work/school excuse Med refill

Other: _____

Do you have: Advance Directive Yes No Living will Yes No Medical Power of Attorney Yes No

If no, would you like additional information? Yes No

ALLERGIES

No known allergies

List any allergies and intolerances to **medications, food or the environment.**

Allergy:	Reaction:

MEDICATIONS

Not taking any medications

List any medications you are taking, with dose and how often. Use the back of form for additional medication.

Medication Name:	Dose:	How often?	Refill needed (Y/N)?

List any Vitamins, Supplements and Over the Counter Medicines

1.	4.
2.	5.
3.	6.

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTES NUEVOS -
ADULTOS
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY -
ADULT**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

VACUNAS

Escriba la fecha en que recibió la última:

Flu:	Vacuna triple -Tdap (Tétanos o difteria):	COVID-19:
Pneumococcal:	Culebrilla (herpes zoster):	Otro:

EXÁMENES DIAGNÓSTICOS

Escriba la fecha en que le hicieron el último y si el resultado fue normal.

EXAMEN	FECHA	NORMAL (Sí/No)	EXAMEN	FECHA	NORMAL (Sí/No)
Densidad ósea:			Papanicolaou (Mujeres únicamente)		
Colonoscopia:			Antígeno prostático específico PSA (Hombres únicamente):		
Mamografía (Mujeres únicamente):					

Mujeres únicamente:

Fecha de la última menstruación: _____ ¿Normal? Sí ____ No ____ Núm. de embarazos ____ Nacimientos ____

HISTORIA MÉDICA

¿Qué problemas **médicos** ha tenido? Marque **todos** los que correspondan.

PROBLEMA:	FECHA DE INICIO:	PROBLEMA:	FECHA DE INICIO:	PROBLEMA:	FECHA DE INICIO:
Alergias		Arteriosclerosis coronaria		Hipertensión	
Anemia		Demencia		Síndrome del intestino irritable	
Angina (dolor de pecho)		Depresión		Deterioro de la memoria	
Ansiedad		Diabetes		Infarto de miocardio	
Artritis		Lípidos elevados		Osteoporosis	
Asma		Enfermedades vesiculares		Enfermedad de Parkinson	
Fibrilación auricular		Reflujo gastroesofágico		Enfermedades renales	
Coágulos sanguíneos		Dolores de cabeza, migrañas		Enfermedad convulsiva	
Cáncer		Enfermedades cardíacas		Ataque cerebral	
Arritmia Cardíaca		Enfermedades de las válvulas del corazón		Enfermedades de la tiroides	
EPOC		Hepatitis / enfermedades hepáticas			

Otros problemas médicos:

¿Le han hospitalizado o ha visitado la Sala de Urgencias últimamente? Proporcione las fechas y los motivos a continuación:

Fecha:	Motivo:	Fecha:	Motivo:

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**NEW PATIENT MEDICAL HISTORY -
ADULT**

Patient Name: _____ **Date of Birth:** _____

VACCINES

List the last date given:

Flu:	Tdap (tetanus and/or diphtheria):	COVID-19:
Pneumococcal:	Zoster (Shingles):	Other:

DIAGNOSTIC TESTS

Enter last completion date and whether the result was normal.

TEST:	DATE:	NORMAL (Y/N):	TEST:	DATE:	NORMAL (Y/N):
Bone Density:			Pap Smear (Female Only)		
Colonoscopy:			PSA (Male Only):		
Mammogram (Female Only):					

Females Only:

Last Menstrual Period: _____ Normal? Yes ___ No ___ # of Pregnancies _____ # of Births _____

MEDICAL HISTORY

What **medical** problems have you had? Please mark **all** that apply:

CONDITION:	ONSET DATE:	CONDITION:	ONSET DATE:	CONDITION:	ONSET DATE:
Allergies		Coronary artery disease		Hypertension	
Anemia		Dementia		Irritable bowel disease	
Angina		Depression		Memory impairment	
Anxiety		Diabetes		Myocardial infarction	
Arthritis		Elevated lipids		Osteoporosis	
Asthma		Gallbladder disease		Parkinson's disease	
Atrial fibrillation		GERD		Renal disease	
Blood clots		Headache, migraine		Seizure disorder	
Cancer		Heart disease		Stroke	
Cardiac arrhythmia		Heart valve disorder		Thyroid disease	
COPD		Hepatitis / liver disease			

Other medical problems:

Have you had any recent hospitalizations or ER visits (provide dates and reason below)?

Date:	Reason:	Date:	Reason:

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTES NUEVOS -
ADULTOS
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY -
ADULT**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIA QUIRÚRGICA

¿Qué cirugías ha tenido? Marque **todas** las que correspondan e incluya el año en que se la hicieron.

PADECIMIENTO:	FECHA:	PADECIMIENTO:	FECHA:	PADECIMIENTO:	FECHA:
Angioplastia		Túnel carpiano		Reemplazo de cadera	
Angioplastia con Stent		Extirpación de cataratas		Reemplazo de la rodilla	
Apendectomía		Colecistectomía (extirpación de la vesícula)		Cirugía Lasik	
Artroscopia		Colectomía (extirpación del intestino grueso - colon)		Biopsia del hígado	
Cirugía de la espalda		Colostomía		Extirpación de la glándula tiroides	
Transfusión sanguínea		Derivación gástrica		Extirpación de las anginas	
Marcapasos cardíaco		Reparación de hernia			

Únicamente para hombres:

Biopsia de la próstata		Resección transuretral de la próstata		Vasectomía	
------------------------	--	--	--	------------	--

Únicamente para mujeres:

Ligadura bilateral de trompas		Biopsia del seno		Histerectomía	
Aumento de los senos (mamoplastia)		Cesárea		Mastectomía	
Mamoplastia de reducción		Dilatación y legrado		Miomectomía (extirpación quirúrgica de fibromas)	

Otras cirugías: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Enumere los padecimientos de cada miembro de la familia.

	Vivo	Fallecido	Edad al fallecer	Padecimiento(s)
Padre				
Madre				
Abuelo materno				
Abuela materna				
Abuelo paterno				
Abuela paterna				
Hermanos				
Hermanas				

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**NEW PATIENT MEDICAL HISTORY -
ADULT**

Patient Name: _____ **Date of Birth:** _____

SURGICAL HISTORY

What **surgeries** have you had? Please mark **all** that apply and include the year they were performed.

	CONDITION:	DATE:		CONDITION:	DATE:		CONDITION:	DATE:
	Angioplasty			Carpal Tunnel			Hip replacement	
	Angioplasty w/ stent			Cataract Extraction			Knee replacement	
	Appendectomy			Cholecystectomy (Gallbladder removal)			Lasik	
	Arthroscopy			Colectomy (Colon removal)			Liver biopsy	
	Back surgery			Colostomy			Thyroidectomy	
	Blood transfusion			Gastric bypass			Tonsillectomy	
	Cardiac Pacemaker			Hernia repair				

Male specific:

	Prostate biopsy			Transurethral resection			Vasectomy	
--	-----------------	--	--	-------------------------	--	--	-----------	--

Female specific:

	Bilateral tubal ligation			Breast biopsy			Hysterectomy	
	Breast augmentation			Cesarean Section			Mastectomy	
	Breast reduction			Dilation and Curettage			Myomectomy	

Other surgeries: _____

FAMILY HISTORY

List health conditions for each family member.

	Alive	Deceased	Age of Death	Health Condition(s)
Father				
Mother				
Maternal Grandmother				
Maternal Grandfather				
Paternal Grandmother				
Paternal Grandfather				
Brothers				
Sisters				

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTES NUEVOS -
ADULTOS
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY -
ADULT**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

ANTECEDENTES SOCIALES

Casado _____ Viudo _____ Divorciado _____ Soltero _____ Pareja _____

Ocupación: _____ Compañía donde trabaja _____

Alojamiento: Casa _____ Departamento _____ Centro especializado de enfermería _____ Otro: _____

¿Tiene una mascota? _____

¿Hace ejercicio? No _____ Sí _____ Tipo (s) _____ Horas por semana _____

¿Tiene alguna creencia religiosa que pueda afectar su atención médica? _____

TABACO / ALCOHOL / CAFEÍNA / DROGAS

Uso de tabaco/fumador: Nunca _____

Actualmente _____ Tipo _____ Cantidad _____ Duración _____

Antes usaba _____ Tipo _____ Cantidad _____ Duración _____

¿Toma alcohol? No _____ Sí _____ Tipo _____ Cantidad _____ Frecuencia _____

¿Toma cafeína? No _____ Sí _____ Tipo _____ Cantidad _____ Frecuencia _____

¿Usa algún tipo de drogas? No _____ Sí _____ Tipo _____ Cantidad _____ Frecuencia _____

CALIDAD DE VIDA

¿En las últimas 2 semanas ha tenido poco interés o placer en hacer cosas?

Para nada (0) _____ Varios días (1) _____ Más de la mitad del tiempo (2) _____ Casi todos los días (3) _____

¿En las últimas 2 semanas se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?

Para nada (0) _____ Varios días (1) _____ Más de la mitad del tiempo (2) _____ Casi todos los días (3) _____

EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS

¿Cuántas veces se ha caído el último año? _____ ¿Tuvo alguna lesión? Sí No

¿Se siente inestable al caminar o al estar parado? Sí No ¿Tiene miedo de caerse? Sí No

MÉDICOS Y PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS

Enumere a los especialistas que está viendo y la razón:

Nombre	Especialidad	Razón por la que lo consulta

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**NEW PATIENT MEDICAL HISTORY -
ADULT**

Patient Name: _____ **Date of Birth:** _____

SOCIAL HISTORY

Married _____ Widowed _____ Divorced _____ Single _____ Significant Other _____

Occupation _____ Employer _____

Living arrangement: Home _____ Apartment _____ Skilled Nursing Facility _____ Other: _____

Do you have a pet? _____

Do you exercise? No _____ Yes _____ Type(s) _____ Hours per Week _____

Do you have any religious belief that could affect your medical care? _____

TOBACCO / ALCOHOL / CAFFEINE / DRUGS

Tobacco/smoking status: Never _____

Current _____ Type _____ Amount _____ Duration _____

Former _____ Type _____ Amount _____ Duration _____

Do you use alcohol? No _____ Yes _____ Type _____ Amount _____ Frequency _____

Do you use Caffeine? No _____ Yes _____ Type _____ Amount _____ Frequency _____

Do you use recreational drugs? No _____ Yes _____ Type _____ Amount _____ Frequency _____

QUALITY OF LIFE

In past 2 weeks, have you had little interest or pleasure in doing things?

Not at all (0) _____ Several days (1) _____ More than half the days (2) _____ Nearly every day (3) _____

In past 2 weeks, have you been feeling down, depressed or hopeless?

Not at all (0) _____ Several days (1) _____ More than half the days (2) _____ Nearly every day (3) _____

FALLS RISK ASSESSMENT

Number of falls within the past year? _____ Was there an injury? Yes No

Do you feel unsteady when standing or walking? Yes No Do you have a fear of falling? Yes No

CARE PROVIDERS

List any Specialist you see and reason.

Name	Specialty	Reason for Seeing Provider

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTES NUEVOS -
ADULTOS
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY -
ADULT**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

¿En los últimos 30 días, ha experimentado alguno de los siguientes síntomas?

GENERAL			GASTROINTESTINAL			PSIQUIÁTRICOS		
Escalofríos	Sí	No	Dolor abdominal	Sí	No	Ansiedad	Sí	No
Fatiga o debilidad	Sí	No	Heces alquitranadas	Sí	No	Depresión	Sí	No
Fiebre	Sí	No	Estreñimiento	Sí	No	Insomnio	Sí	No
Sudores nocturnos	Sí	No	Diarrea	Sí	No	PIEL		
Aumento de peso	Sí	No	Reflujo o acidez estomacal	Sí	No	Alergias por contacto	Sí	No
Pérdida de peso	Sí	No	Falta de apetito	Sí	No	Comezón en la piel	Sí	No
Oídos, ojos, nariz y garganta			Náusea	Sí	No	Mala cicatrización de las heridas	Sí	No
Vista borrosa o doble	Sí	No	Vómitos	Sí	No	Sarpullido	Sí	No
Dificultad para tragar	Sí	No	GENITOURINARIOS			Infecciones en la piel /úlceras	Sí	No
Secreción de los oídos	Sí	No	Sangre en la orina	Sí	No	MUSCULOESQUELÉTICO		
Dolor de oído	Sí	No	Micción frecuente	Sí	No	Dolor de espalda	Sí	No
Secreción de los ojos	Sí	No	Dolor al orinar	Sí	No	Dolor de las articulaciones	Sí	No
Dolor de ojos	Sí	No	Incontinencia urinaria	Sí	No	Inflamación de las articulaciones	Sí	No
Pérdida del oído	Sí	No	Mujeres			Debilidad muscular	Sí	No
Rinorrea (secreción nasal)	Sí	No	Menstruación abundante	Sí	No	Dolor en el cuello	Sí	No
Cambios en la vista	Sí	No	Menstruación dolorosa	Sí	No	HEMATOLÓGICO		
Perdida de la vista	Sí	No	Secreción vaginal	Sí	No	Tendencia a tener hemorragias	Sí	No
RESPIRATORIO			Hombres			Coágulos sanguíneos	Sí	No
Tos	Sí	No	Secreción del pene	Sí	No	Moretones con facilidad	Sí	No
Dificultad para respirar	Sí	No	METABÓLICO/ENDOCRINO			INMUNOLÓGICO		
Exposición a la tuberculosis	Sí	No	Intolerancia al frío	Sí	No	Alergias ambientales	Sí	No
Sibilancia	Sí	No	Apetito excesivo	Sí	No	Alergias a alimentos	Sí	No
CARDIOVASCULAR			Sed excesiva	Sí	No	Alergias estacionales	Sí	No
Dolor en las pantorrillas al caminar	Sí	No	Pérdida del cabello	Sí	No			
Dolor torácico (del pecho)	Sí	No	Intolerancia al calor	Sí	No			
Soplo cardíaco	Sí	No	NEUROLÓGICO					
Ritmo cardíaco irregular	Sí	No	Problemas para caminar	Sí	No			
Hinchazón de las piernas	Sí	No	Mareos	Sí	No			
Síncope (desmayos)	Sí	No	Mala coordinación	Sí	No			
			Pérdida de la memoria	Sí	No			
			Convulsiones	Sí	No			
			Temblores	Sí	No			

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

NEW PATIENT MEDICAL HISTORY - ADULT

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

REVIEW OF SYSTEMS

In the **last thirty days**, have you experienced any of the following:

CONSTITUTIONAL			GASTROINTESTINAL			PSYCHIATRIC		
Chills	Yes	No	Abdominal pain	Yes	No	Anxiety	Yes	No
Fatigue/Weakness	Yes	No	Black tarry stools	Yes	No	Depression	Yes	No
Fever	Yes	No	Constipation	Yes	No	Insomnia	Yes	No
Night sweats	Yes	No	Diarrhea	Yes	No	SKIN		
Weight gain	Yes	No	Heartburn or reflux	Yes	No	Contact allergy	Yes	No
Weight loss	Yes	No	Loss of appetite	Yes	No	Itchy skin	Yes	No
HEENT			Nausea	Yes	No	Poor wound healing	Yes	No
Blurred/Double vision	Yes	No	Vomiting	Yes	No	Rash	Yes	No
Difficulty swallowing	Yes	No	GENITOURINARY			Skin infections/sores	Yes	No
Ear drainage	Yes	No	Blood in urine	Yes	No	MUSCULOSKELETAL		
Ear pain	Yes	No	Frequent urination	Yes	No	Back pain	Yes	No
Eye drainage	Yes	No	Pain with urination	Yes	No	Joint pain	Yes	No
Eye pain	Yes	No	Urinary incontinence	Yes	No	Joint swelling	Yes	No
Hearing loss	Yes	No	Female			Muscle weakness	Yes	No
Nasal drainage	Yes	No	Heavy periods	Yes	No	Neck pain	Yes	No
Vision changes	Yes	No	Painful periods	Yes	No	HEMATOLOGIC		
Vision loss	Yes	No	Vaginal discharge	Yes	No	Bleeding tendencies	Yes	No
RESPIRATORY			Male			Blood clots	Yes	No
Cough	Yes	No	Penile discharge	Yes	No	Easy bruising	Yes	No
Shortness of breath	Yes	No	METABOLIC/ENDOCRINE			IMMUNOLOGICAL		
TB exposure	Yes	No	Cold intolerance	Yes	No	Environmental allergies	Yes	No
Wheezing	Yes	No	Excessive hunger	Yes	No	Food allergies	Yes	No
CARDIOVASCULAR			Excessive thirst	Yes	No	Seasonal allergies	Yes	No
Calf pain with walking	Yes	No	Hair loss	Yes	No			
Chest pain	Yes	No	Heat intolerance	Yes	No			
Heart murmur	Yes	No	NEUROLOGICAL					
Irregular heartbeat	Yes	No	Difficulty walking	Yes	No			
Leg swelling	Yes	No	Dizziness	Yes	No			
Syncope (fainting)	Yes	No	Poor coordination	Yes	No			
			Memory loss	Yes	No			
			Seizures	Yes	No			
			Tremors	Yes	No			

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD