

Nombre _____ Número de historia clínica _____
 Número de teléfono _____
 Correo electrónico _____ Fecha de nacimiento _____

HISTORIA CLÍNICA PERSONAL

Fecha o comentarios

Diabetes	SÍ	NO		
Presión arterial alta	SÍ	NO		
Colesterol alto	SÍ	NO		
Ataque al corazón	SÍ	NO		
Insuficiencia cardíaca congestiva	SÍ	NO		
Fibrilación auricular	SÍ	NO		
Coágulo de sangre: pierna o pulmón	SÍ	NO		
Asma	SÍ	NO		
Neumonía	SÍ	NO		
EPOC/Enfisema	SÍ	NO		
Cáncer	SÍ	NO		
Problemas de tiroides	SÍ	NO	Hipo-	Hiper-
Osteoporosis	SÍ	NO		
Fracturas de huesos	SÍ	NO		
Ataque cerebral o AIT	SÍ	NO		
Convulsiones	SÍ	NO		
Migrañas	SÍ	NO		
Depresión	SÍ	NO		
Artritis	SÍ	NO		
Gota	SÍ	NO		
Reflujo ácido o acidez estomacal	SÍ	NO		
Cálculos biliares	SÍ	NO		
Hepatitis o cirrosis del hígado	SÍ	NO		
Úlcera	SÍ	NO		
Cálculos renales	SÍ	NO		
Anemia	SÍ	NO		
Otro				

Número de historia clínica:

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Fecha o comentarios

Amigdalectomía	SÍ	NO
Tiroidectomía	SÍ	NO
Cirugía de espalda	SÍ	NO
Bypass de corazón (CABG)	SÍ	NO
Endoprótesis (stent) cardíaco	SÍ	NO
Otra cirugía del corazón	SÍ	NO
Apendicectomía	SÍ	NO
Cirugía de vesícula biliar	SÍ	NO
Cirugía de hernia	SÍ	NO
Reemplazo de cadera	SÍ	NO
Artroscopia de rodilla	SÍ	NO
Reemplazo de rodilla	SÍ	NO
Histerectomía (ovarios extirpados)	SÍ	NO
Histerectomía (aún con ovarios)	SÍ	NO
Ligadura de trompas	SÍ	NO
Cirugía de seno	SÍ	NO
Otro		

ATENCIÓN PREVENTIVA

Año

Resultado

Colonoscopia		normal	anormal
Densitometría ósea		normal	anormal
Papanicolaou		normal	anormal
Mamografía		normal	anormal
Ecografía abdominal para aneurisma <i>(si es un hombre de 65 a 75 años, y alguna vez ha fumado)</i>		normal	anormal
Prueba cutánea de tuberculina		negativo	positivo
Vacuna contra la neumonía			
Vacuna contra el tétano			
Vacuna contra la culebrilla			

Número de historia clínica:

HÁBITOS

¿Hace ejercicio al menos 2½ horas por semana?	Sí	No	
¿Alguna vez recibió una transfusión de sangre?	Sí	No	
¿Siempre usa el cinturón de seguridad?	Sí	No	
¿Tiene armas en el hogar?	Sí	No	
¿Alguna vez fumó?	Sí	No	
¿Fuma en la actualidad?	No	Sí	paquetes por día
¿Toma bebidas alcohólicas?	No	Sí	Cant. de bebidas por semana
¿Alguna vez consumió drogas?	No	Sí	¿Qué?

ANTECEDENTES FAMILIARES (marque todas las opciones que correspondan)

	Ninguno	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Abuela	Abuelo	Otro
Diabetes								
Hipertensión								
Colesterol alto								
Enfermedad cardíaca								
Ataque cerebral								
Cáncer de seno								
Cáncer de pulmón								
Cáncer de colon								
Cáncer de próstata								
Cáncer de ovarios								
Otro tipo de cáncer								
Alzheimer								
Enfermedad renal								
Enfermedad del hígado								
Sangrado								
Coágulos de sangre								

Número de historia clínica:

ALERGIAS A LOS MEDICAMENTOS O ALIMENTOS



No es alérgico







MEDICAMENTO O ALIMENTO	REACCIÓN

MEDICAMENTOS

NOMBRE	DOSIS	INDICACIONES

Para enviar el formulario por correo electrónico:

PASO 1  **Guarde** una copia de este formulario en la computadora usando su navegador o la función “Guardar” del lector.
 Seleccione el Escritorio (u otra carpeta que recordará) para **guardar el formulario**.

PASO 2  **Haga clic en el botón E-mail Form (Enviar formulario por correo electrónico)** que se encuentra a continuación para abrir su navegador de internet en kp.org.
 **Inicie sesión** y cree un mensaje para su médico.
 Debajo del mensaje, **haga clic en el botón Browse (Navegar)**.
 **Ubique el formulario** que guardó en la computadora **y haga clic en él para adjuntar el archivo**.
 **Haga clic en el botón Send (Enviar)** para enviar el mensaje y el formulario adjunto a su médico.
 *(Si utilizó una computadora de acceso público, asegúrese de eliminar el formulario).*

Para imprimir el formulario:

 **Haga clic en el botón Print (Imprimir)** que se encuentra a continuación.