

# THE FAMILY DOCTOR

1728 Fordham Blvd ~ 151 Rams Plaza Chapel Hill, N.C. 27514

Fecha: \_\_\_\_\_

Chart # \_\_\_\_\_

Apellido del paciente \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Gracias por proveer la siguiente informacion. Si tiene alguna pregunta o comentarios, por favor hable con la asistente que lo llevara al cuarto de examen.

## HISTORIA PERSONAL:

Estado matrimonial :  soltero  casado  separado  divorciado  viudo/a

Ocupacion: \_\_\_\_\_ Hijos: (la edad de todos) \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA:

Apunte toda medicina a la que tenga alergia o no pueda tomar \_\_\_\_\_

Apunte todas las medicinas que este tomando, ya sean prescritas o no (ejemplo: Aspirina, vitaminas, pildoras de control de natalidad) Incluya las dosis y el horario :

Apunte todas las enfermedades serias que tiene o ha tenido en el pasado. Incluya el año en que empezó:

Apunte toda Cirugía y hospitalizaciones. Incluya el año y nombre del hospital:

**HABITOS DE SALUD:** ¿tiene una dieta especial?  no  si Tipo: \_\_\_\_\_

Hace ejercicios regularmente?  no  si Tipo \_\_\_\_\_ Usa licor \_\_\_\_ cuantos al día (*vino, cerveza, licor*)

Uso de tabaco : fuma \_\_\_\_ paquetes por día por \_\_\_\_ años Tabaco de mascar por cuantos años \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE FAMILIA:** Enfermedad del Corazón quien \_\_\_\_\_ Alcohólica quien \_\_\_\_\_

Cáncer quien \_\_\_\_\_ Presión Alta quien \_\_\_\_\_ Diabetes quien \_\_\_\_\_ Depresión quien \_\_\_\_\_

**MANTENIMIENTO DE SALUD:** ¿Tiene usted un Doctor?  no  si; Nombre \_\_\_\_\_

Dentista \_\_\_\_\_  Doctor para los ojos \_\_\_\_\_

Historia de Vacunas : El último año: Tetano \_\_\_\_\_ (cada 10 años para los adultos)

Vacuna de Flu \_\_\_\_\_ (cada año de octubre a Marzo) Vacuna de Pneumonia (Si es mayor de 65 años)

Cuidado preventivo: El último año: Examen de Colesterol \_\_\_\_\_ Cardiografía \_\_\_\_\_

Examen de los intestinos (Sigmoidoscopia) \_\_\_\_\_ Rayos X del Pecho \_\_\_\_\_

Examen de la Tuberculosis \_\_\_\_\_ Examen de la Prostata: \_\_\_\_\_

Para las Mujeres: El último año: Prueba papánica del cáncer \_\_\_\_\_ Mamograma \_\_\_\_\_

Examen de la densidad de los huesos \_\_\_\_\_