

Paciente nuevo y antecedentes familiares

Fecha de hoy: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre o apellido de soltera

Según lo que usted entiende, ¿por qué se lo está viendo? _____

Antecedentes adicionales de afecciones médicas

(Si necesita más espacio, copie esta página)

Diagnóstico/Afección	Nombre del médico	N.º del consultorio del médico	Fecha en que ocurrió

Cirugía/Lesión/Hospitalización	Nombre del médico/Hospital	N.º del consultorio del médico	Fecha en que ocurrió

Enumere los nombres de los hospitales o clínicas en los que se le hicieron radiografías los últimos seis meses: _____

Mantenimiento preventivo de la salud

(Escriba las fechas de cada uno o responda "ninguno")

Mujer: Última mamografía: _____ Última densitometría ósea: _____
 Último Papanicolaou: _____ Última vacuna contra la neumonía: _____
 Última colonoscopia: _____

Hombre: Última colonoscopia: _____ Último estudio de PSA: _____
 Último examen de próstata: _____ Última vacuna contra la neumonía: _____

¿Existen antecedentes familiares de cáncer, trastornos sanguíneos, enfermedad cardiovascular u otros problemas médicos? Si es así, indíquelos a continuación

(M) = Materna/o (P) = Paterna/o (Si necesita más espacio, copie esta página)

Familiar	Estado vital	Problema médico	Familiar	Estado vital	Problema médico
Madre	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció		Abuela (P)	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció	
Padre	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció		Abuelo (P)	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció	
Hijos	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció		Tía(s)	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció	
Hermano(s)	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció		Tío(s)	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció	
Hermana(s)	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció		Primo(s)	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció	
Abuela (M)	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció		Otros:		
Abuelo (M)	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció		Otros:		

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



Paciente nuevo y antecedentes familiares

Fecha de hoy: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre o apellido de soltera

Si este formulario fue completado por una persona que no es el paciente, consignar nombre y relación: _____
Nombre Relación

Nombre del enfermero: _____ Firma: _____ Fecha de revisión: _____