

Datos del paciente nuevo y antecedentes

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

¿Cuál cree que es el motivo por el cual lo están analizando? _____

Antecedentes de afecciones médicas

(Si necesita más espacio, haga una copia de esta página)

Diagnóstico/afección	Nombre del médico	Número del consultorio del médico	Fecha en que ocurrió

Cirugía/lesión/hospitalización	Nombre del médico/hospital	Número del consultorio del médico	Fecha en que ocurrió

Nombre los hospitales o clínicas en donde se hizo radiografías en los últimos seis meses: _____

Mantenimiento de salud preventiva

(Escriba las fechas de cada uno o escriba "ninguno/a")

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

Hombre: Última colonoscopia: _____ Última vacuna contra la neumonía: _____
 Último examen de próstata: _____ Última vacuna contra la gripe: _____
 Última prueba del APE: _____

Vacuna contra el COVID-19: Fecha de la 1.ª dosis: _____ Moderna Pfizer Johnson & Johnson
 Fecha de la 2.ª dosis: _____ Moderna Pfizer Johnson & Johnson
 Fecha de la dosis de refuerzo: _____ Moderna Pfizer Johnson & Johnson

En su familia, ¿hay antecedentes de cáncer, trastornos de la sangre, enfermedades cardiovasculares u otros problemas médicos?

En caso afirmativo, regístrelos a continuación.

(M) = Materno (P) = Paterno (Si necesita más espacio, haga una copia de esta página)

Familiar	Estado de vida	Problema médico	Familiar	Estado de vida	Problema médico
Madre	<input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Fallecida		Abuela (P)	<input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Fallecida	
Padre	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido		Abuelo (P)	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	
Hijos	<input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Fallecidos		Tías	<input type="checkbox"/> Vivas <input type="checkbox"/> Fallecidas	
Hermanos	<input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Fallecidos		Tíos	<input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Fallecidos	
Hermanas	<input type="checkbox"/> Vivas <input type="checkbox"/> Fallecidas		Primos	<input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Fallecidos	
Abuela (M)	<input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Fallecida		Otros:		
Abuelo (M)	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido		Otros:		

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si otra persona completó este formulario en nombre del paciente, escriba su nombre y su relación: _____
Nombre Relación

Nombre del/de la enfermero/a: _____ Firma: _____ Fecha de la revisión: _____