

Formulario de historial médico del paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Años: ____ Sexo: ____

Nombre de la farmacia: _____ Dirección de la farmacia: _____

Médico de atención primaria y terapeuta

Proveedor de atención primaria: _____ Terapeuta: _____

Historia médica pasada

Condición / Enfermedad	Año	Condición / Enfermedad	Año
<input type="checkbox"/> Ansiedad		<input type="checkbox"/> Narcolepsia	
<input type="checkbox"/> Depresión		<input type="checkbox"/> Insomnio	
<input type="checkbox"/> Bipolar		<input type="checkbox"/> Cardiopatía	
<input type="checkbox"/> Esquizofrénico		<input type="checkbox"/> Hipertensión	
<input type="checkbox"/> Disforia de género		<input type="checkbox"/> Cáncer	
<input type="checkbox"/> ADHD		<input type="checkbox"/> Abuso de drogas	
<input type="checkbox"/> OCD		<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol	
<input type="checkbox"/> PTSD		<input type="checkbox"/> Otro:	
<input type="checkbox"/> Anorexia / Bulimia / Atracones		<input type="checkbox"/> Otro:	

Hospitalizaciones Psiquiátricas / Procedimientos quirúrgicos anteriores / Lesiones graves o fracturas

Operación / Hospitalización / Lesión	Mes / Año	Operación / Hospitalización / Lesión	Mes / Año
1:		4:	
2:		5:	
3:		6:	

Alergias o intolerancia (s)

Enumere a continuación los medicamentos o alimentos que causan una reacción alérgica (es decir, sarpullido, hinchazón) o intolerancia (es decir, náuseas)

Alérgeno	Reacción	Alérgeno	Reacción
1:		4:	
2:		5:	
3:		6:	

Medicamentos actuales

Medicamento	Dosis	Medicamento	Dosis
1:		6:	
2:		7:	
3:		8:	
4:		9:	
5:		10:	

Historia social, educativa y laboral			
Estado civil (circule uno): <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Apartado			
Estado de trabajo (circule uno): <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Alumno <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Discapacitado			
Empleador o escuela: _____			
¿Bebes alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Número de bebidas por semana? _____
¿Eres fumador?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si es así, ¿cuántos paquetes por día? _____
¿Eres un ex fumador?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si es así, ¿en qué año dejó de fumar? _____
¿Fuma cigarrillos electrónicos / Vape?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si es así, ¿con qué frecuencia? _____ ¿Qué tipo de sustancia vapeas? _____
¿Fumas marihuana?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si es así, ¿con qué frecuencia? _____

Historial médico familiar					
<input type="checkbox"/> No estoy seguro de mi historia familiar			<input type="checkbox"/> Soy adoptado		
Condición / Enfermedad	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Otro (por favor especifique)
Especifique Vivo / Fallecido, si falleció, especifique cuándo y cómo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Especifique la fecha de nacimiento y / o la edad del miembro de la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Esquizofrénico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> OCD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> PTSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Anorexia / Bulimia / Atracones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

Notas adicionales