



**KU-Wichita Midtown**

**HISTORIA ANNUAL DEL PACIENTE/NUEVO PACIENTE**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Fecha nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** Masculino/femenino/transgénero/otro (encierre en un círculo)

**Motivo de la visita de hoy:** \_\_\_\_\_

**Medicamentos actuales:** (nombre, dosis y frecuencia) \_\_\_\_\_

**Historia médica:** \_\_\_\_\_

**Evaluaciones:**

Última mamografía: \_\_\_\_\_ Última visita dental: \_\_\_\_\_

Último papanicolaou: \_\_\_\_\_ Último examen de la vista: \_\_\_\_\_

Última colonoscopia: \_\_\_\_\_ Último examen de pie (diabéticos): \_\_\_\_\_

Última densitometría ósea (DEXA): \_\_\_\_\_ Última prueba del VIH: \_\_\_\_\_

Último examen de próstata: \_\_\_\_\_ Último examen de hepatitis: \_\_\_\_\_

**Alergias:**(Indicar la reacción): \_\_\_\_\_

**Historia de cirugías** (incluir fecha): \_\_\_\_\_

**Hospitalizaciones** (incluir fecha): \_\_\_\_\_

**Historia familiar:**

Adoptado: Si/No

Historia médica del padre: \_\_\_\_\_ ¿vivo o muerto?

Historia médica de la madre: \_\_\_\_\_ ¿viva o muerta?

(Favor dar vuelta y completar la pagina de atrás)

**Historia familiar *continuación*:**

Historia médica del abuelo (paterno): \_\_\_\_\_  
abuela: \_\_\_\_\_

Historia médica del abuelo (materno): \_\_\_\_\_  
abuela: \_\_\_\_\_

¿Cuántos hermanos?\_\_\_\_ ¿Cuántas hermanas?\_\_\_\_ Historia médica: \_\_\_\_\_  
Hijos biológicos: varones \_\_\_\_niñas \_\_\_\_ Historia médica: \_\_\_\_\_  
Adoptados /hijos de crianza temporal/ hijastros: varones\_\_\_\_niñas\_\_\_\_

**Historia social:**

**Consumo de tabaco:**

¿Fuma actualmente? Si/No Cigarrillo electrónico: Si/No Cantidad de nicotina: \_\_\_\_\_  
Ex fumador: Si/No ¿Cuándo dejó de fumar? \_\_\_\_\_  
¿Con que frecuencia fuma cigarrillos? \_\_\_\_\_ ¿Puros? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos cigarrillos fuma al día? \_\_\_\_\_ ¿Mastica tabaco? Si/No ¿Cuántas latas al día? \_\_\_\_\_

**Historia sexual:**

¿Ha tenido relaciones sexuales (vaginales/orales o anales) en los últimos 12 meses)? Si/No  
Preferencia sexual: mujeres/hombres/ambos (hombres con hombres: activo/pasivo/versátil  
Historia de enfermedades de transmisión sexual (ETS): \_\_\_\_\_

**Drogas/Alcohol:**

¿Ha usado drogas aparte de las usadas por motivos medicinales en los últimos 12 meses? Si/No  
¿Si es así, de que tipo?: \_\_\_\_\_ Ruta: nariz/oral/inyección/otro: \_\_\_\_\_  
Uso de drogas >1 año: \_\_\_\_\_ Ruta: nariz/oral/inyección/otro: \_\_\_\_\_

**Alcohol:** ¿Ha tomado una bebida alcohólica este último año? Si/No

¿Si es así, cuántas bebidas al día?: \_\_\_\_\_ semana: \_\_\_\_\_ mes: \_\_\_\_\_

**Hogar:**

¿Cuál es su estado civil?: soltero/casado/divorciado/separado/unión libre/viudo  
¿Cuántos adultos hay en la casa?: \_\_\_\_\_ niños: \_\_\_\_\_

**Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Historia de inmunizaciones:**

Influenza: \_\_\_\_\_  
Pneumovax (neumonía/PCV23): \_\_\_\_\_  
Prevnar (neumonía/PCV13): \_\_\_\_\_  
TDAP/Td/Tétanos Difteria: \_\_\_\_\_  
Hepatitis A/B: \_\_\_\_\_  
Gardasil (HPV): \_\_\_\_\_  
Herpes zoster (culebrilla) (Zostavax): \_\_\_\_\_

**REVISIÓN:**

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_