

Memorial Hermann Medical Group

Historial médico del nuevo paciente - Cirugía general

Fecha actual: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Motivo de su visita: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

ESPECIALISTAS

Haga una lista de los médicos a los que acude.

Especialidad

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

Marque los casilleros que indican las afecciones en su familia.

AFECCIÓN	PADRE	MADRE	HERMANO	HERMANA	OTROS
Complicaciones relacionadas con la anestesia					
Trastorno hemorrágico/hematológico					
Cáncer (¿de qué tipo?)					
Diabetes					
Demencia					
Depresión					
Hipertensión					
Colesterol elevado					
Enfermedad renal					
Accidente cerebrovascular					
Otros					

**MEMORIAL
HERMANN**

**New Patient Medical History-
General Surgery**



HISTORIAL MÉDICO PASADO

Marque los casilleros que indican las afecciones que le correspondan.

- | | | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfisema (EPOC) | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco (¿a qué edad?) _____ | <input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico/hematológico | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca (arterias bloqueadas) | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colesterol elevado | _____ |

HISTORIAL DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

Haga una lista de las cirugías que ha tenido.

Fecha

CUIDADO DE LA SALUD

¿Ha pasado por estos exámenes?

Si la respuesta es "si", indique la fecha (mes/día/año) y los resultados. No

Prueba de densidad ósea		
Examen de COVID		
Vacuna contra COVID		
Prueba de detección de cáncer de colon		
o colonoscopia		
o prueba inmunoquímica fecal (PIF en ADN) (por ejemplo: Cologuard)		
o análisis de sangre oculta en la materia fecal (FOBT) (por ejemplo: Hemoccult Sensa)		
u otra: mencione nombre de la prueba		
Examen ocular por la diabetes		
Prueba de densidad ósea		

**MEMORIAL
HERMANN**

**New Patient Medical History-
General Surgery**



HISTORIAL SOCIAL

Consumo de tabaco: Actualmente, todos los días Actualmente, algunos días Anteriormente Nunca

Tipo (si corresponde): _____

Exposición al humo

del tabaco: Ninguna En el trabajo En casa

Si es fumador o exfumador, ¿ha fumado el año pasado? Sí No

Consumo de alcohol: * El año pasado, ¿cuán seguido bebió un trago con alcohol?

Nunca Una vez al mes o menos 2 a 4 veces al mes
 2 a 3 veces a la semana 4 o más veces a la semana

* El año pasado, ¿cuántos tragos tomaba en un día típico cuando bebía?

1-2 3-4 5-6 7-9 10 o más

* El año pasado, ¿cuán seguido bebió 6 o más tragos en una misma ocasión?

Nunca Menos de una vez al mes Una vez al mes
 Cada semana Cada día o casi cada día

* Tipo de alcohol: Cerveza Vino Licor

Consumo de sustancias: Actual Pasado Nunca

Tipo (si corresponde): _____

Ejercicio: No realizo actividad Actividad ligera Actividad moderada Actividad vigorosa/intensa

Si realiza ejercicio, ¿cuántas veces a la semana? _____

Si realiza ejercicio, ¿cuántos minutos por sesión? _____

Ocupación: _____ Estudiante Jubilado Desempleado

HISTORIA OBSTÉTRICA

¿Alguna vez ha estado embarazada? N/A No Sí

En caso afirmativo, haga una lista de sus embarazos aquí:

FECHA/AÑO	SEMANAS AL NACER	PARTO: VAGINAL, POR CESÁREA, PÉRDIDA DEL EMBARAZO, ETC.	SEXO DEL NIÑO

¿Tuvo alguna complicación durante sus embarazos? N/A No Sí

En caso afirmativo, describa: _____

MEMORIAL
HERMANN

New Patient Medical History-
General Surgery



MEDICAMENTOS

- Marque la casilla si no está tomando ningún medicamento.
- Traje una lista de los medicamentos que tomo. [No es necesario que anote los medicamentos si trajo una lista completa].

Haga una lista de todos los medicamentos que tomó antes de la evaluación. Incluya los medicamentos sin receta médica, alternativos, hierbas y recetas.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	¿CUÁNTAS PASTILLAS TOMA?	¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?	MÉDICO QUE LE RECETÓ:	¿LOS CONSUME SEGÚN LAS INDICACIONES?
Ejemplo: <i>Tylenol</i>	<i>100 mg</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>Dr. Smith</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Anticoagulantes (encierre en un círculo si lo está tomando):

Plavix/Clopidogrel, Coumadin/Warfarina, Aspirina 81/325, Eliquis/Apixaban, Brilinta/Ticagrelor, Enoxaparina/Lovenox, Persantin/Dipiridamol, Ticlid/Ticlopidina, Otros: _____

Farmacia local: _____ Número de teléfono: _____

Farmacia de pedidos por correo: _____ Número de teléfono: _____

ALERGIAS

Alergias que desconoce

MEDICAMENTO/COMIDA/AMBIENTE	REACCIÓN	GRAVEDAD
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa

He completado lo anterior según mi conocimiento.

a.m.
 p.m.

Firma del paciente/Tutor _____ Nombre en letra imprenta _____ Relación con el paciente _____ Fecha _____ Hora _____

**MEMORIAL
HERMANN**

**New Patient Medical History-
General Surgery**

