



Quest

### Historia de salud

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ Última consulta dental: \_\_\_\_\_

Oculista: \_\_\_\_\_ Última consulta ocular: \_\_\_\_\_

Algún especialista atiende a usted:      Sí o No

Si es así, por favor apúntelo(s) aquí: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida:

1<sup>ra</sup> elección: \_\_\_\_\_

2<sup>da</sup> elección: \_\_\_\_\_

Apunte todos los medicamentos, vitaminas y medicamentos de venta libre que toma:

Medicamento	Dosis	Frecuencia con la que lo toma

Por favor apunte cualquier alergia y su reacción:

Alergia	Reacción

### Historial del paciente:

¿Tiene empleo?      Sí o No      Profesión: \_\_\_\_\_

Por favor dibuja un círculo alrededor de sus respuestas a las preguntas abajo:			
<b>Estado civil</b>		<b>¿Tiene hijos?</b>	<b>¿Consume tabaco?</b>
Casado    Unión libre    Divorciado		# niños: _____	Sí o No
Viudo      Soltero		# niñas: _____	
<b>¿Último grado de estudios?</b>			
Secundaria	Preparatoria	Estudios universitarios	Licenciatura: _____

Por favor complete la parte de atrás

Historial medico/quirúrgico del paciente: Por favor apunte sus antecedentes médicos y en qué año ocurrieron

Diagnóstico medico	Año	Comentarios
Cirugía	Año	Comentarios
Embarazos		
# nacidos vivos	# abortos inducidos	# abortos espontáneos

**¿Tiene antecedentes de (dibuja un círculo alrededor de todos que aplican)?**

Abuso de alcohol      Abuso de drogas      Uso de drogas intravenosas      Encarcelamiento

¿Tiene antecedentes de abuso físico, sexual y/o verbal?      Sí o No

¿Es sexualmente activo?	Sí	No
-------------------------	----	----

¿Qué método anticonceptivo usa?

Condón      Píldora      DIU      Otro      Ninguno      Posmenopáusico

Antecedentes familiares:

	vivo y sano	alcoholismo	asma/EPOC	coágulos de sangre	cáncer de mama	cáncer de colon	depresión	diabetes	abuso de drogas	ataque de corazón	colesterol elevado	presión alta	enfermedad mental	cáncer de próstata	embolia	otro
madre																
padre																
hermana																
hermano																
hijo																
hija																
tía																
tío																
abuela																
abuelo																

Antecedentes familiares adicionales: \_\_\_\_\_

Gracias por tomar el tiempo de llenar esta forma.