

## PLANILLA 7 ANTECEDENTES MÉDICOS

Cuando consulte con un médico, especialmente si es la primera vez, es útil preparar de antemano un documento con los antecedentes médicos del paciente. Los miembros del equipo de profesionales médicos necesitan toda la información posible para poder establecer el mejor plan de tratamiento. El consultorio del médico podría tener formularios específicos, pero puede usar esta planilla para recopilar la información básica necesaria antes de la cita médica, de manera que tenga toda la información en un solo lugar.

### Información del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

### Otro contacto adulto

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Médico de atención primaria (PCP, en inglés)/pediatra

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Nombre del consultorio: \_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Información del seguro médico

Asegúrese de llevar a la cita médica todas las tarjetas del seguro médico y de cobertura de medicamentos recetados.

Proveedor del seguro: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el asegurado: \_\_\_\_\_

Proveedor del seguro secundario: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el asegurado: \_\_\_\_\_

Empleador del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

## Antecedentes médicos

En el pasado, ¿le diagnosticaron al paciente alguna de las siguientes afecciones? Marque todas las que correspondan.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia                                       | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar                      |
| <input type="checkbox"/> Artritis                                     | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal                         |
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual (ETS) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                                       | <input type="checkbox"/> Hepatitis                                |
| <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos (por ejemplo, trombosis) | <input type="checkbox"/> Infección de las vías urinarias          |
| Tipo: _____   | <input type="checkbox"/> Migrañas                                 |
| <input type="checkbox"/> Colitis                                      | <input type="checkbox"/> Movilidad limitada                       |
| <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral                           | <input type="checkbox"/> Nivel alto de colesterol                 |
| <input type="checkbox"/> Depresión                                    | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta                    |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                     | <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable         |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca                          | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                                 |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática                          | <input type="checkbox"/> Otras: _____                             |

Enumere todas las cirugías, estudios de imagenología, hospitalizaciones u otros procedimientos importantes previos.

PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN/PROPÓSITO	FECHA

#### Antecedentes médicos familiares

¿Algún miembro de la familia del paciente tuvo alguna de las siguientes afecciones? Si es sí, ¿quién?

ENFERMEDAD	RELACIÓN (PADRE/MADRE, ABUELO/A, HERMANO/A, ETC.)
Asma	
Cáncer (especificar los tipos)	
Coágulos sanguíneos (trombosis)	
Colitis	
Depresión	
Diabetes	
Enfermedad cardíaca	
Enfermedad hepática	
Enfermedad pulmonar	
Enfermedad renal	
Hepatitis	
Nivel alto de colesterol	

Presión arterial alta	
Presión arterial baja	
Síndrome del intestino irritable	
VIH/SIDA	
Otras	

Facilite cualquier otro antecedente médico familiar:

---



---

**Medicamentos y alergias**

Enumere todos los medicamentos que toma el paciente. Incluya todas las vitaminas, suplementos o medicamentos de venta libre.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS/FRECUENCIA	MOTIVO POR EL CUAL LO TOMA

Enumere todas las alergias que tenga el paciente a medicamentos, alimentos y otras sustancias.

---

**Farmacia**

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_