

**Nombre del paciente (menor):** \_\_\_\_\_

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

**M** \_\_\_\_ **F** \_\_\_\_

**Alergias (a los alimentos, a los medicamentos o al medio ambiente)**
**Fecha de inicio**
**Tipo de reacción**

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Medicamentos actuales: nombre**
**Dosis**
**Frecuencia**

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Problemas médicos importantes (hospitalizaciones, cirugías, etc.)** \_\_\_\_\_

### **Historial médico familiar**

En ambos lados de la familia, ¿podría indicarnos si estas afecciones están presentes y quién las padece? Si los antecedentes son desconocidos, escriba una «U» junto a cada caso. Si no está seguro, ponga un «?».

**Condiciones médicas**
**Quién podría tenerlo**

Enfermedad cardíaca precoz (muerte súbita, ataque cardíaco)

\_\_\_\_\_

Colesterol elevado

\_\_\_\_\_

Presión arterial elevada

\_\_\_\_\_

Problemas pulmonares (asma, tuberculosis)

\_\_\_\_\_

Alergias (medicamentos, alimentos o estacionales)

\_\_\_\_\_

Problemas hepáticos (hepatitis, cirrosis)

\_\_\_\_\_

Trastornos sanguíneos (anemia, hemorragia excesiva, plaquetas bajas)

\_\_\_\_\_

Problemas renales (cálculos, insuficiencia)

\_\_\_\_\_

Problemas digestivos (colitis, úlceras, gastritis, celiaquía)

\_\_\_\_\_

Problemas neurológicos (convulsiones, migrañas)

\_\_\_\_\_

Problemas de la glándula tiroides

\_\_\_\_\_

Diabetes (adulta o juvenil)

\_\_\_\_\_

Obesidad

\_\_\_\_\_

Dificultades emocionales (depresión, ansiedad, TOC, pánico)

\_\_\_\_\_

Cánceres

\_\_\_\_\_

Defectos congénitos

\_\_\_\_\_

Dificultades de aprendizaje (TDA, TDP, autismo)

\_\_\_\_\_

Consumo de sustancias (alcohol, drogas de prescripción o de la calle)

\_\_\_\_\_

### **Historia Social**

¿Quién vive en casa? (incluya a todos los miembros)

\_\_\_\_\_

Vive en

Apartamento \_\_\_\_ Condominio \_\_\_\_ Casa \_\_\_\_

Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Enumere los animales domésticos que tiene:

\_\_\_\_\_



Afiliado: Columbia University Vagelos College of  
Physicians and Surgeons  
Hospital de Planetree  
Hospital con reconocimiento Magnet®

¿Cuál de los siguientes tiene?

Agua de pozo \_\_\_\_\_ Agua de ciudad \_\_\_\_\_

¿Hay alguien en casa que consuma tabaco?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Relación con el(los) paciente(s) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_