



MOUNTAIN VALLEYS HEALTH CENTERS  
**HISTORIA DE SÚ SALUD**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

*Por favor revise y comente a todas las que apliquen; ejemplo, izquierdo/derecho o otro detalle*

**Historia Médica Pasada o Actual**

- Alergias \_\_\_\_\_
- Ansiedad \_\_\_\_\_
- Artritis \_\_\_\_\_
- Artritis, Reumatoide \_\_\_\_\_
- Asma \_\_\_\_\_
- Fibrilacion Auricular \_\_\_\_\_
- Anemia \_\_\_\_\_
- Transtorno Hemorrágico \_\_\_\_\_
- Problemas de la Vejiga \_\_\_\_\_
- Arteriopatía Coronaria \_\_\_\_\_
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica \_\_\_\_\_
- Enfermedad Cardíaca Congestiva \_\_\_\_\_
- Cáncer \_\_\_\_\_
- Diabetes \_\_\_\_\_
- Depresión \_\_\_\_\_
- Problemas de la Visión \_\_\_\_\_
- Enfermedad de la Vesícula Biliar \_\_\_\_\_
- Úlcera Gástrica \_\_\_\_\_
- Enfermedad del Reflujo Gastroesofágico \_\_\_\_\_
- Gota \_\_\_\_\_
- Sordera \_\_\_\_\_
- Hepatitis \_\_\_\_\_
- Infección VIH \_\_\_\_\_
- Hiperlipidemia \_\_\_\_\_
- Hipertensión (Alta Presión) \_\_\_\_\_
- Hipotiroidismo \_\_\_\_\_
- Insomnio \_\_\_\_\_
- Dolor de Espalda (Rabadilla) \_\_\_\_\_
- Migraña \_\_\_\_\_
- Obesidad \_\_\_\_\_
- Osteoartritis \_\_\_\_\_
- Osteoporosis \_\_\_\_\_
- Enfermedad Vascul ar Periférica \_\_\_\_\_
- Desorden Psiquiátricos \_\_\_\_\_
- Epilepsia \_\_\_\_\_
- Apnea del Sueño \_\_\_\_\_
- Infecciones de Transmisión Sexual \_\_\_\_\_
- Número de embarazos \_\_\_\_\_
- Número de Hijos \_\_\_\_\_
- Otros** Transtornos O Diagnóstico que le han dado por cualquier doctor. \_\_\_\_\_

**Historia Quirúrgica**

**Ojo Oído Naríz Garganta**

- Catarata \_\_\_\_\_
- Cirugía de la Tiroides \_\_\_\_\_
- Tonsilectomía \_\_\_\_\_
- Adenoidectomía \_\_\_\_\_
- Cirugía de los Oídos \_\_\_\_\_

**Cirugía Cardiovascular**

- Aneurisma Aórtico \_\_\_\_\_
- Angioplastica \_\_\_\_\_
- CABG \_\_\_\_\_
- Válvula Cardíaca \_\_\_\_\_
- Stent cardíaco \_\_\_\_\_
- Cirugía Vascul ar \_\_\_\_\_

**Cirugía de Senos/Pechos**

- Mastectomía \_\_\_\_\_
- Lumpectomía \_\_\_\_\_
- Aumento \_\_\_\_\_

**Cirugías Gastrointestinales**

- Cirugía Abdominal \_\_\_\_\_
- Apendicectomía \_\_\_\_\_
- Colectomía (Vesícula Biliar) \_\_\_\_\_
- Cirugía Gástrica \_\_\_\_\_
- Reparación de la Hernia \_\_\_\_\_
- Cirugía de la Úlcera \_\_\_\_\_
- Laparoscopia \_\_\_\_\_
- Cirugía Pancreática \_\_\_\_\_
- Cirugía Cutánea (Piel) \_\_\_\_\_

**Cirugía Ortopédica**

- Cirugía de Cointura \_\_\_\_\_
- Túnel Carpiano \_\_\_\_\_
- Cirugía de la Espalda \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_

**Cirugía Obstetricia/Ginecología**

- Cesárea \_\_\_\_\_
- Historectomía \_\_\_\_\_
- Ligadura de Trompas \_\_\_\_\_
- Vasectomía \_\_\_\_\_
- Cirugía de la Vejiga \_\_\_\_\_
- Cirugía de Próstata \_\_\_\_\_
- Cirugía de Riñón \_\_\_\_\_



**MOUNTAIN VALLEYS HEALTH CENTERS**

**Continuación de Historia de la Salud**

**Sala de Emergencia O Atención de Urgencia:** \_\_\_\_\_

**Hospitalizaciones Anteriores:** \_\_\_\_\_

(Por favor indique los detalles como razón, año, instalaciones) \_\_\_\_\_

**Historia Social:** Alcohol: Tipo \_\_\_\_\_ ¿Cuánto/La Frecuencia? \_\_\_\_\_  
Tabaco: Tipo \_\_\_\_\_ ¿Cuánto /La Frecuencia? \_\_\_\_\_  
Cafeína: Tipo \_\_\_\_\_ ¿Cuánto/La Frecuencia? \_\_\_\_\_  
Uso Recreativo de Drogas: Tipo \_\_\_\_\_ ¿Frecuencia? \_\_\_\_\_  
Ejercicio: Tipo \_\_\_\_\_ ¿Cuánto /La Frecuencia? \_\_\_\_\_  
Necesidades Dietéticas Especiales: \_\_\_\_\_

**Historial de Trabajo:** Tipo de Trabajo \_\_\_\_\_ Tiempo Completo/Parcial, Jubilado, Discapacidad  
(Círcule uno arriba)

**Historial de Familia:** Madre: Edad: \_\_\_\_\_ Viva O Fallecimiento  
Si muerta, causa de muerte: \_\_\_\_\_

*Algún antecedente de: Diabetes, Derrame Cerebral, Ataque al Corazón, Alta Presión, Cancer, Otro*

Padre: Edad: \_\_\_\_\_ Vivo O Fallecimiento  
Si muerto, causa de muerte: \_\_\_\_\_

*Algún antecedente de: Diabetes, Derrame Cerebral, Ataque al Corazón, Alta Presión, Cancer, Otro*

Hermano: Edad: \_\_\_\_\_ Vivo O Fallecimiento  
Si muerto, causa de muerte: \_\_\_\_\_

*Algún antecedente de: Diabetes, Derrame Cerebral, Ataque al Corazón, Alta Presión, Cancer, Otro*

Hermana: Edad: \_\_\_\_\_ Viva O Fallecimiento  
Si muerta, causa de muerte: \_\_\_\_\_

*Algún antecedente de: Diabetes, Derrame Cerebral, Ataque al Corazón, Alta Presión, Cancer, Otro*

Otros antecedentes familiares pertinentes: \_\_\_\_\_

**Mantenimiento de la Salud Recientes:**

- |  |           |                  |
|--|-----------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Papanicolau         | Año _____ | Resultados _____ |
| <input type="checkbox"/> Mamografía          | Año _____ | Resultados _____ |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia        | Año _____ | Resultados _____ |
| <input type="checkbox"/> Colesterol          | Año _____ | Resultados _____ |
| <input type="checkbox"/> Vacuna de Neumonía  | Año _____ |                  |
| <input type="checkbox"/> Vacuna de Tétano    | Año _____ |                  |
| <input type="checkbox"/> Vacuna de Influenza | Año _____ |                  |

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_