

Centro de Servicios de Psicología

### Historia Médica de Adulto

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Fecha de último examen médico: \_\_\_\_\_

Nombre, dirección, y teléfono del médico personal:

\_\_\_\_\_

Nombre, dirección, y teléfono de la persona a notificar en caso de emergencia:

\_\_\_\_\_

**ALERGIAS:**

¿Es usted alérgico a algún medicamento? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Es usted alérgico a alguna comida? \_\_\_\_\_ ¿Picadura de abeja? \_\_\_\_\_

**HA TENIDO ALGUNA VEZ (PORFAVOR MARQUE A LA DERECHA DE CADA UNO)**

(Marque cada uno)	Si	No	Cuando	(Marque cada uno)	Si	No	Cuando
Graves y / o frecuentes dolores de cabeza				Artritis o reumatismo			
Episodios frecuentes de vértigo				Inflamación o dolor en las articulaciones			
Lesión grave en la cabeza				Cualquier huesos rotos			
Dificultad con la visión				La pérdida de una pierna, brazo, dedo, dedo del pie			
Dificultades para escuchar				Gota			
Zumbidos o pitidos en los oídos				Huesos, articulaciones, u otras deformidades			
Problemas de sinusitis				Episodios de olvido			
Alergia al polen, las malas hierbas, el polvo				Convulsiones			
Frecuentes sangrados de nariz				Infarto			
Graves problemas de dientes o las encías				Episodios frecuentes de llanto			
Anemia o enfermedad de la sangre				Dificultad para dormir			
Enfermedad del corazón				La parálisis, la poliomielitis			
Palpitaciones				Problemas de piel			
Dolor o presión en el pecho				Úlceras de estómago			
La presión arterial alta				Indigestión frecuente			
Escarlatina				Cálculos biliares o problemas de la vesícula biliar			
Fiebre reumática				Apendicitis			
Venas varicosas				Enfermedad hepática			
Flebitis en las piernas				Ictericia (piel amarilla u ojos)			
Coágulos de sangre en las piernas				Cáncer			
Asma				Diarrea frecuente			
Enfisema				Estreñimiento frecuentes			
Neumonía				Aumento reciente o pérdida de peso			
Tuberculosis				Pérdida del apetito			
Dificultad para respirar				Bocio o problemas de tiroides			
La vejiga o infección en los riñones				Diabetes			
Cálculos renales				SIDA			
Gonorrea				Complejo relacionado con el SIDA			
Sífilis				Infección por el VIH			
Hernia							

¿Usted fuma cigarrillos? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas cajetillas al día? \_\_\_\_\_ No. de años

¿Está usted en alguna dieta especial? (baja en sal, diabética, baja en calorías, etc.)

\_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

¿Utiliza usted anteojos?  
¿Utiliza ayuda para oír?  
¿Utiliza algún aparato ortopédico?  
¿Tiene usted un miembro artificial?  
¿Cuándo tuvo su última vacuna contra el tétano?

Liste todos los medicamentos que está tomando actualmente: (nombre, cantidad y frecuencia)

### HOSPITALIZACIONES

Liste la operaciones que haya usted tenido con la fecha, nombre del hospital, y fecha:

Liste las hospitalizaciones medicas que haya usted tenido que no hayan sido por cirugias:

### PARA MUJERES :

No. de embarazos : \_\_\_\_\_  
No. de abortos involuntarios  
No. de Abortos voluntarios  
¿Tiene usted un dispositivo intrauterino?  
¿Toma pastillas anticonceptivas?  
¿Son sus períodos menstruales irregulares?  
Edad de la menopausia

### HISTORIA DE USO DE SUBSTANCIAS

¿Utiliza alcohol? \_\_\_SI \_\_\_NO  
¿Cuánto y por cuánto tiempo?  
¿Utiliza drogas? \_\_\_\_\_SI \_\_\_NO  
Si utiliza, especifique nombre, frecuencia, y periodo de tiempo:

### HISTORIA DE FAMILIA

Tiene alguna relación de sangre (padre, hermano, hermana, otro) o esposo o esposa

Relación	Estado de Salud	Edad	Si muerto, causa de muerte	Edad de la muerte	(Marque cada uno)	Si	No	Relación
Padre					Ha tenido Tuberculosis			
Madre					Ha tenido Sífilis			
Esposo (a)					Ha tenido Diabetes			
Hermanos y Hermanas					Ha tenido Cáncer			
					Ha tenido problemas del riñón			
					Ha tenido problemas del corazón			
					Ha tenido problemas del estomago			
Hijos					Ha tenido reumatismo			
					Ha tenido asma o urticaria			
					Ha tenido epilepsia			
					Se suicidó			

Yo certifico que la información anterior es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_