

**ANTECEDENTES DE SALUD
(HEALTH HISTORY)**

Nombre _____ Fecha _____
 Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____
 N.º de ID. de CSU _____ Género F ____ M ____ Fecha de nacimiento _____
 N.º de teléfono _____ País de origen _____
 Persona a quien notificar en caso de emergencia:
 Nombre _____ Relación _____
 Teléfono (H) _____ (T) _____

ALERGIAS: (adjuntar hojas adicionales según sean necesarias)

Alergias a medicamentos

Medicamento	Reacción
_____	_____
_____	_____

Otras alergias

Nombre	Reacción
_____	_____
_____	_____

MEDICAMENTOS ACTUALES: (adjuntar hojas adicionales según sean necesarias)

Nombre del medicamento	Dosis	Propósito
_____	_____	_____
_____	_____	_____

CIRUGÍAS: (adjuntar hojas adicionales según sean necesarias)

Tipo _____	Año _____
Tipo _____	Año _____

HOSPITALIZACIONES: (adjuntar hojas adicionales según sean necesarias)

Motivo _____	Año _____
Motivo _____	Año _____

ANTECEDENTES MÉDICOS:

Sí (Yes)	No (No)		Sí (Yes)	No (No)	
_____	_____	CABEZA Y NEUROLOGÍA	_____	_____	Problemas de senos nasales
_____	_____	Mareos o desmayos	_____	_____	Problemas en los dientes o encías
_____	_____	Dolores de cabeza o migrañas	_____	_____	Otro problema en la vista, oído, nariz, garganta
_____	_____	Lesión en la cabeza o pérdida de la conciencia	_____	_____	Explicar: _____
_____	_____	Antecedentes de convulsiones			
_____	_____	Otros problemas de la cabeza o neurológicos			
		Explicar: _____			CORAZÓN Y PULMONES
			_____	_____	Asma
			_____	_____	Problemas circulatorios



OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA

_____ Sangrado excesivo luego de la extracción
 _____ Problemas oculares
 Explicar: _____
 _____ Fiebre del heno/ alergias estacionales
 _____ Dificultades auditivas

Sí(Yes) No
 (No)

HUESOS Y ARTICULACIONES

_____ Artritis
 _____ Dolor de espalda
 _____ Problemas en la cadera, rodilla o tobillo
 _____ Lesión ósea o articular
 _____ Articulaciones dolorosas o inflamadas
 _____ Problema en el hombro, muñeca, codo
 _____ Otro problema óseo o articular
 Explicar: _____

ENFERMEDAD CRÓNICA

_____ Cáncer
 _____ Diabetes
 _____ Enfermedad inflamatoria del intestino
 _____ Problemas de tiroides
 _____ Otra enfermedad crónica
 Explicar: _____

ENFERMEDAD INFECCIOSA

_____ Varicela
 _____ Hepatitis A B C (marcar una)
 _____ Hepatitis crónica
 _____ Sarampión
 _____ Meningitis
 _____ Mononucleosis
 _____ Paperas
 _____ Fiebre reumática
 _____ Rubéola
 _____ Enfermedad de transmisión sexual (ETS)
 Explicar: _____
 _____ Tuberculosis
 _____ Tos ferina
 _____ Otra enfermedad infecciosa
 Explicar: _____

_____ Infecciones respiratorias frecuentes o
 severas
 _____ Problema cardíaco o soplo
 _____ Tensión arterial alta
 _____ Falta de aire o tos crónica
 _____ Otro problema del corazón o pulmones
 Explicar: _____

Sí No
 (Yes) (No)

ABDOMEN

_____ Hemorroides o enfermedad del recto
 _____ Síndrome de colon irritable
 _____ Ictericia (piel amarilla)
 _____ Problema renal o de vejiga
 _____ Problema estomacal o intestinal
 _____ Otro problema abdominal
 Explicar: _____

OTROS PROBLEMAS DE SALUD

_____ Problemas cutáneos
 _____ Aumento o pérdida de peso sin
 explicación
 _____ Otros problemas de salud
 Explicar: _____

SALUD DE LAS MUJERES

_____ Edad de inicio de la menstruación _____
 _____ Problemas menstruales
 Explicar: _____
 _____ Uso de método anticonceptivo
 Especificar: _____
 Cant. de embarazos _____
 Cant. de hijos vivos _____
 _____ Otros problemas de salud de las mujeres
 Explicar: _____

ESTILO DE VIDA

_____ Uso de alcohol
 _____ por día _____ semana _____ mes _____
 Tipo: _____
 _____ Fumar/uso de tabaco
 Tipo: _____
 Frecuencia: _____
 Edad de comienzo: _____



SALUD MENTAL

_____	_____	Ansiedad
_____	_____	Trastorno bipolar
_____	_____	Depresión
_____	_____	Dificultad para concentrarse
_____	_____	Trastorno alimenticio
_____	_____	Cambios de humor excesivos
_____	_____	Problemas de la memoria
_____	_____	Dificultad para dormir
_____	_____	Otras: _____

_____	_____	Otro uso de drogas
_____	_____	_____ por día__ semana__ mes__
_____	_____	Qué tipo: _____
_____	_____	Actividad física
_____	_____	Qué tipo: _____
_____	_____	Cuánto:
_____	_____	_____ por día__ semana__ mes__
_____	_____	Cuánto tiempo _____
_____	_____	Restricciones o limitaciones físicas
_____	_____	Explicar: _____
_____	_____	Problemas culturales o religiosos
_____	_____	Explicar: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES (FAMILY HISTORY)

Sí (Yes)	No (No)	Relación	Sí (Yes)	No (No)	Relación
_____	_____	Alcoholismo	_____	_____	Colesterol alto
_____	_____	Artritis	_____	_____	Problema renal
_____	_____	Asma, fiebre del heno, urticaria	_____	_____	Problemas psicológicos
_____	_____	Trastorno de la vejiga	_____	_____	Problema estomacal o intestinal
_____	_____	Cáncer	_____	_____	Problemas de tiroides
_____	_____	Muerte antes de los 50 años de edad	_____	_____	Tuberculosis
_____	_____	Diabetes	_____	_____	Otras _____
_____	_____	Epilepsia/Convulsiones	_____	_____	_____
_____	_____	Enfermedad cardíaca	_____	_____	_____
_____	_____	Tensión arterial alta	_____	_____	_____

Información adicional: _____

A mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera y completa, y soy consciente de que la presentación deliberada de información falsa puede poner mi salud en riesgo. Comprendo que esta información es confidencial y está protegida por la ley.

 Firma del estudiante

 Fecha

