



## Historial de salud

Si usted no conoce su historial de salud, pase a la sección 2

**Marque todas las casillas que apliquen para los padres, abuelos, hermano e hijos (tanto los vivos como los muertos)**

Sección 1:  
Historial familiar

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos piernas/pulmones/ojos (marque todos los que correspondan) | <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar alta en la sangre)    |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta/derrame cerebral                                       | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) infección/enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto   | <input type="checkbox"/> Cáncer de mama o cáncer de ovario      |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis  |   |

**Comentarios de la enfermera:**

**Si usted está aquí para usted mismo, marque todas las casillas que apliquen a usted ahora o en el pasado. Si usted vino por su niño, marque todas las casillas que apliquen a la situación de su niño ahora o en el pasado**

Sección 2:  
Historial médico personal

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta  | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental   |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta durante el embarazo                                    | <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento  |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral  | <input type="checkbox"/> Problemas genéticos   |
| <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos piernas/pulmones/ojos (marque todos los que correspondan) | <input type="checkbox"/> Trastornos de coagulación sanguínea (hemofílico)  |
| <input type="checkbox"/> Migraña   | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes/Rasgo de célula falciforme  |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón/enfermedades del corazón                                | <input type="checkbox"/> Anemia (conteo sanguíneo bajo o hierro bajo)  |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto   | <input type="checkbox"/> Infecciones de transmisión sexual   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar alta en la sangre)   | <input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Virus del papiloma humano |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar alta en la sangre) durante el embarazo                       | <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Trichomonas <input type="checkbox"/> Otra  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides/bocio   | <input type="checkbox"/> SIDA/VIH  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de hepatitis B   |
| <input type="checkbox"/> Problemas del estómago  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de hepatitis C   |
| <input type="checkbox"/> Problemas del hígado  | <input type="checkbox"/> Factores de riesgo de hepatitis C   |
| <input type="checkbox"/> Problema de los riñones   | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre/productos de sangre antes de 1992   |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) infección/enfermedad  | <input type="checkbox"/> Recibió factores de la coagulación de la sangre antes de 1987   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer  | <input type="checkbox"/> Usó drogas intravenosas una o más veces   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los senos  | <input type="checkbox"/> Nació de una mujer con hepatitis C  |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis  | <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos antes de 1992   |
| <input type="checkbox"/> Cirugías  | <input type="checkbox"/> Hemodiálisis a largo plazo  |
| <input type="checkbox"/> Ataques/convulsiones (¿a cada cuánto?)  | <input type="checkbox"/> Una pareja sexual a largo plazo quien ha dado positivo por hepatitis C  |
|  | <input type="checkbox"/> Número de parejas sexuales a lo largo de la vida > 50   |

¿Tiene usted un proveedor de salud?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿Quién?

**Comentarios de la enfermera:**

Sección 3:  
Salud Reproductiva

**Hombres y mujeres: por favor, responda lo siguiente. Marque el tipo de método anticonceptivo que usted usa actualmente o que ha usado en el pasado**

- |   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno                                    | <input type="checkbox"/> Inyección de Depo provera   | <input type="checkbox"/> Inyección de Lunelle  | <input type="checkbox"/> El parche                         | <input type="checkbox"/> Esterilización (amarrar las trompas o la vasectomía) |
| <input type="checkbox"/> Abstinencia (no tiene relaciones sexuales) | <input type="checkbox"/> Diafragma   | <input type="checkbox"/> Planificación familiar natural/ Collar del ciclo/ Método de Enfermedad de hepatitis B | <input type="checkbox"/> Anillo vaginal                    | <input type="checkbox"/> Retirar el pene antes de la eyacuación               |
| <input type="checkbox"/> Pastillas anticonceptivas                  | <input type="checkbox"/> Dispositivo intrauterino (IUD por sus siglas en inglés) tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Implante anticonceptivo (Inplanon/Norplant)   | <input type="checkbox"/> Espermicida (espuma, jalea, film) | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |
| <input type="checkbox"/> Condones                                   |  |  | <input type="checkbox"/> Esponja                           |   |

**Comentarios de la enfermera:**

Número de identificación del cliente: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ **ETIQUETA**

**POR FAVOR, CONTINÚE EN LA PÁGINA 2**

Fecha de nacimiento del cliente: \_\_\_\_\_

**Mujeres: Por favor respondan lo siguiente**

Sección 4:  
Historial de salud para mujeres solamente

- ¿A qué edad inició el periodo menstrual? \_\_\_\_\_
- Número de días que usted sangra cuando no usa métodos anticonceptivos: \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto sangra cuando no está usando métodos anticonceptivos?  Mucho  Regular  Poco
- Número de días entre periodos cuando no está usando métodos anticonceptivos: \_\_\_\_\_
- A qué edad tuvo sexo vaginal por primera vez: \_\_\_\_\_ Fecha del papanicolaou más reciente: \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez recibió usted la vacuna MMR (sarampión, paperas y rubéola)?  Sí  No
- Marque los que ha tenido:  Infección en el útero/trompas  Fibroides  Endometriosis
- Un papanicolaou anormal  Una mamografía anormal
- ¿ Entre 1940-1970 tomó su madre DES (diethylstilbestrol)?  Sí  No  No sabe

**Comentario de la enfermera**

**Mujeres: Liste todos los embarazos incluyendo abortos espontáneos y abortos provocados**

| Fecha en que terminó el embarazo/Fecha de nacimiento | Peso al nacimiento | Parto  | Problemas |
|--|--------------------|--|-----------|
|  |                    | <input type="checkbox"/> Vaginal<br><input type="checkbox"/> Cesárea |           |
|  |                    | <input type="checkbox"/> Vaginal<br><input type="checkbox"/> Cesárea |           |
|  |                    | <input type="checkbox"/> Vaginal<br><input type="checkbox"/> Cesárea |           |
|  |                    | <input type="checkbox"/> Vaginal<br><input type="checkbox"/> Cesárea |           |
|  |                    | <input type="checkbox"/> Vaginal<br><input type="checkbox"/> Cesárea |           |
|  |                    | <input type="checkbox"/> Vaginal<br><input type="checkbox"/> Cesárea |           |
|  |                    | <input type="checkbox"/> Vaginal<br><input type="checkbox"/> Cesárea |           |
|  |                    | <input type="checkbox"/> Vaginal<br><input type="checkbox"/> Cesárea |           |
|  |                    | <input type="checkbox"/> Vaginal<br><input type="checkbox"/> Cesárea |           |

**PARA NIÑOS SOLAMENTE: Complete la siguiente sección, si usted está aquí por su niño.**

Sección 5:  
Historial del nacimiento del niño

- ¿Cuánto pesó su niño al nacimiento? \_\_\_\_\_ ¿Hubo problemas durante el parto?  Sí  No

**Comentario de la enfermera**

| Firma/iniciales del paciente | Firma/iniciales del empleado | Fecha |
|------------------------------|------------------------------|-------|
|                              |                              |       |
|                              |                              |       |
|                              |                              |       |
|                              |                              |       |
|                              |                              |       |
|                              |                              |       |
|                              |                              |       |

Número de identificación del cliente: \_\_\_\_\_  
 Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ **ETIQUETA** \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del cliente: \_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONTROL AMBIENTAL DE CAROLINA DEL SUR**

**Formulario de historial de salud**

**(Instrucciones para completarlo)**

**(6/2010)**

**Propósito:** Proveer un sistema uniforme para reunir un historial de salud para ser usado en la entrega de servicios de salud.

**Explicación y definición:**

El formulario es para ser usado con pacientes que reciben servicios de salud pública y es bastante adecuado por más de un año de servicio. La cantidad de información reunida dependerá del paciente y de las razones del servicio. Todos los puntos deben ser completados en tinta negra. Refiérase a las pautas del programa para determinar cuándo hay que iniciar y actualizar el formulario.

**Instrucciones generales para el uso:**

El Formulario del Historial de Salud debe ser completado inicialmente por el paciente o cuidador; después debe ser revisado por el profesional de salud. Si el paciente o cuidador no puede completar el formulario, el profesional de salud lo completará. En los años posteriores, el profesional de salud revisará y actualizará el formulario con el paciente, de acuerdo con las pautas del programa.

**El paciente completará las secciones pertinentes:**

Hombres y mujeres adultos que se presenten por primera vez, deben completar: Sección 1: Historial familiar; Sección 2: Historial médico personal y Sección 3: Salud reproductiva.

Mujeres adultas deben completar también la Sección 4: Historial de salud para mujeres solamente.

Niños que se presenten por primera vez, deben completar: Sección 1: Historial familiar; Sección 2: Historial familiar personal; y Sección 5: Historial del nacimiento del niño.

Una vez que el paciente o cuidador haya completado el formulario, el profesional de salud revisará el historial de salud. Se hacen preguntas pertinentes para aclarar la información entregada. El profesional de salud documentará la información explicativa en el formulario como sea necesario.

En los años siguientes, se revisa y actualiza el formulario. Hay que fechar y firmar con las iniciales cualquier punto que sea actualizado.

**Nota: Para pacientes de planificación familiar, la persona que realice el examen físico debe ser el profesional que revise el historial de salud.**

**Comentarios de la enfermera:**

Cualquier comentario adicional o actualización puede ser documentado en los "Comentarios de la enfermera" de cada sección.

**Firma del paciente/firma del empleado/fecha:**

Inicialmente, el paciente firma en la línea para la firma para indicar que ha completado el formulario. Si el paciente no puede completar el formulario, tache la línea para la firma del paciente. El empleado que revise el historial (o que esté completando el historial si el paciente no puede) lo firma con su firma legal y sus iniciales y escribe el mes/día/año en que el historial de salud fue revisado o actualizado.

En los años posteriores el empleado que revise o actualice el formulario lo firma y pone las iniciales y la fecha en el formulario. Si se ha agregado o cambiado algo, el empleado pone las iniciales en los cambios. El paciente no tiene que firmar el formulario en los años posteriores.

**Manejo y archivado:**

Refiérase al Manual exhaustivo sobre historiales médicos más reciente para instrucciones de archivado y disposición.