

Registro de salud  
**HISTORIAL MÉDICO Y SOCIAL**

**Historial de embarazo**  
(Incluya TODOS los embarazos, ya sea que nacieran con vida o no)

Fecha en que terminó el embarazo	Semana en que empezó la atención prenatal	Semanas de gestación	Horas en trabajo de parto	Tipo de parto	Quién atendió el parto	Lugar del parto	Sexo	Peso al nacer	Revisión posparto	Problema: Prenatal (A) Posparto (P) Bebé (I)
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										

Comentarios adicionales por número:

Historial anticonceptivo		
Método utilizado	¿Durante cuánto tiempo?	¿Cuándo y por qué lo interrumpió?

¿Ligadura de trompas? \_\_\_\_\_ Fecha      ¿Vasectomía? \_\_\_\_\_ Fecha      ¿Histerectomía? \_\_\_\_\_ Fecha

**Historial de tuberculosis**  
(Registre en la Sección de Comentarios: las fechas, la exposición, el contacto con el caso que fue el foco, el tratamiento previo y la localización)

¿Radiografía de tórax previa?  No  Sí

\_\_\_\_\_ Fecha      \_\_\_\_\_ Lectura      \_\_\_\_\_ Médico/Clinica

Vacuna BCG \_\_\_\_\_ Fecha      Prueba de TB cutánea \_\_\_\_\_ Fecha      \_\_\_\_\_ Tipo      \_\_\_\_\_ Resultados

Medicamentos que toma regularmente				
(Incluya los medicamentos con receta médica y los medicamentos sin receta médica)				
Nombre del medicamento	Fecha en que empezó a tomarlo	Dosis/Horario	Fecha en que lo terminó	Comentarios adicionales

adhere pt. ID sticker here

Cl. Name: \_\_\_\_\_  
 SS# \_\_\_\_\_  
 ID# \_\_\_\_\_  
 DOB: \_\_\_\_\_

Registro de salud  
**HISTORIAL MÉDICO Y SOCIAL**

Alergias:

PT = Paciente F= Familia (solo para mujeres embarazadas) U = Datos más recientes " + " si tiene historial positivo " - " si tiene historial negativo

	PT	F	U		PT	F	U		PT	F	U
1 Visión				18 Enfermedad congénita/adquirida				35 Dolor de cabeza			
2 Audición				19 Asma				36 Convulsiones			
3 Accidentes/Traumatismos				20 Problemas respiratorios				37 VIH			
4 Prótesis				21 Dental				38 ETS			
5 Hospitalización/Cirugía				22 Digestivo e intestinal				39 Tuberculosis			
6 Reacción a anestesia				23 Enfermedades crónicas				40 Tabaco/Alcohol/Drogas			
7 Transfusiones de sangre				24 Infarto miocardio/angina				41 Último grado terminado			
8 Trastornos de la sangre				25 Hipertensión				42 Dinámica familiar			
9 Rh negativo (mujer)				26 CVA (derrame cerebral)				43 Persona(s) de apoyo			
10 Cáncer				27 Hiperlipidemia				44 Adopción			
11 Química/radiación/ ambiental				28 Enfermedad vascular periférica/embolia				45 Seguridad			
12 Autoinmunidad				29 Fiebre reumática				46 Depresión/suicidio			
13 Alzheimer				30 Infecciones de tracto urinario/riñón/vejiga				47 Psiquiátrica/mental			
14 Defectos genéticos/de nacimiento				31 Próstata/testículos				48 Nutrición			
15 Enfermedad(es)/trastorno(s) crónico(s) de la piel				32 Problemas ginecológicos/obstétricos/mamas/Papanicolau anormal				49 Historial de menstruaciones			
16 Sistema musculoesquelético				33 Diabetes				50 Historial sexual			
17 Sistema hepático				34 Tiroides				51 Otros			

Comentarios:

Actualizaciones:

Firma del clínico: \_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_

adhere pt. ID sticker here

CI. Name:	
SS#	
ID#	
DOB:	