



# ARIA COMMUNITY HEALTH CENTER

## HISTORIA DE SALUD PERSONAL

FECHA:     /     /	NOMBRE:	FDN:     /     /	
<b>Tienes o has tenido lo siguiente:</b>			
	(NUNCA) (PASADO) (PRESENTE)	(NUNCA) (PASADO) (PRESENTE)	
<b>PIEL</b>		<b>NEUROMUSCULAR</b>	
•Sarpullido, urticaria, rásquera o irritación de piel	( ) ( ) ( )	•Problemas en sentirse cansado y/o enojarse con facilidad	( ) ( ) ( )
<b>OJOS, OIDOS, NARIZ , GARGANTA</b>		•Crisis Nerviosa/depresión	( ) ( ) ( )
•Dolores de cabeza, mareos, desmayos	( ) ( ) ( )	•Poliomielitis (parálisis infantil )	( ) ( ) ( )
•Vista borrosa o dañada	( ) ( ) ( )	•Convulsión	( ) ( ) ( )
•Pérdida auditiva o zumbido en oídos	( ) ( ) ( )	•Dolor de articulas(huesos) y/o músculos	( ) ( ) ( )
•Flujo de ojos o oídos	( ) ( ) ( )	•Dolores de espalda o heridas/osteomielitis/reumatismo	( ) ( ) ( )
•Problemas de sinusitis/gripa/alergias	( ) ( ) ( )		(NUNCA) (PASADO) (PRESENTE)
•Asma o fiebre del heno	( ) ( ) ( )	<b>•Esta tomando medicamentos?</b>	( ) ( ) ( )
•Dolor de garganta/ronca	( ) ( ) ( )	Si si, por favor de apuntarlos	
<b>CARDIOPULMONAR</b>		1	6
•Escasez de oxigeno	( ) ( ) ( )	2	7
•Tos persistente o tosiendo sangre o otras secreciones	( ) ( ) ( )	3	8
•Resfríos y / o fiebre	( ) ( ) ( )	4	9
•Sudores de noche	( ) ( ) ( )	5	10
•Tuberculosis o expuesto a tuberculosis	( ) ( ) ( )	•Alguna vez a tenido o lo han tratado por cáncer o tumores?	( ) ( ) ( )
•Fiebre escarlatina o fiebre reumática	( ) ( ) ( )	•Es anémico o alguna ves a tenido que tomar hieo?	( ) ( ) ( )
•Dolores de pecho	( ) ( ) ( )	•Usted usa tabaco?	( ) ( ) ( )
•Palpitaciones o ritmo de corazón rápido o pulso	( ) ( ) ( )	Si si, que tipo?*	
•Presión alta	( ) ( ) ( )	**	(NUNCA) (PASADO) (PRESENTE)
•Manos o pies hinchados	( ) ( ) ( )	•Usted usa drogas o toma alcohol?	( ) ( ) ( )
<b>GASTROINTESTINAL</b>		** •Drogas?	( ) ( ) ( )
•Ardor de estomago o indigestión	( ) ( ) ( )	** •Alcohol?	( ) ( ) ( )
•Náusea y / o vomito	( ) ( ) ( )		
•Pérdida de apetito	( ) ( ) ( )	<b>SOLAMENTE PARA MUJERES</b>	
•Erutando o gases	( ) ( ) ( )	Ultima regla menstrual : _____	
•Enfermedades de Ulcera péptica, hígado o vesícula	( ) ( ) ( )	Anticonceptivos: _____	
•Ictericia amarilla o hepatitis	( ) ( ) ( )	Apunte toda fecha de operaciones/cirugías, heridas y enfermedades que han requerido hospitalización:	
•Diarrea o constipación	( ) ( ) ( )	_____	
•Disentería	( ) ( ) ( )	_____	
•Sangrado rectal, hemorroides (almorranas)	( ) ( ) ( )		(NUNCA) (PASADO) (PRESENTE)
•Heces embreado o como de color arcilla	( ) ( ) ( )	•Alguna vez fuiste rechazado de la militar o para empleo?	( ) ( ) ( )
<b>GLANDULAS</b>		•En los últimos 10 anos estuviste ausente de la escuela / trabajo por una enfermedad o herida?	( ) ( ) ( )
•Subida de peso o perdida	( ) ( ) ( )	•Alguna vez sometiste un reclamo de compensación de trabajo	( ) ( ) ( )
•Diabetes	( ) ( ) ( )	•Alguna vez buscaste ayuda de tratamiento psicológico O psiquiátrico	( ) ( ) ( )
•Problemas de tiroides o bocio	( ) ( ) ( )	<b>•Algunas de estas preguntas involucran un reclamo de compensación de trabajo o herida?</b>	( ) ( ) ( )
•Glándulas hinchadas	( ) ( ) ( )		
<b>GENITOURINARIO</b>			
•Problemas de riñones o cálculos o enfermedad de Bright's	( ) ( ) ( )		
•Orina con frecuencia, dolor, o urgencia	( ) ( ) ( )		
•Pus o sangre en la orina	( ) ( ) ( )		
•Enfermedades transmitidas sexualmente (enfermedades venéreas)	( ) ( ) ( )		
•Has estado sexualmente activo con alguien que tiene SIDA o VIH o hepatitis	( ) ( ) ( )		