

**FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD PULMONAR**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Género: **M / F**  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Farmacia que prefiere \_\_\_\_\_

	<b>Nombre</b>	<b>Dirección</b>	<b>Teléfono</b>
Idioma principal:: _____		Raza: _____	Latino o No latino <b>Encierre con un círculo</b>

**HISTORIAL MÉDICO GENERAL**

(por favor seleccione todo lo que corresponda)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo                             | <input type="checkbox"/> Depresión                                  | <input type="checkbox"/> Infección renal                 |
| <input type="checkbox"/> Alergias / Fiebre del heno              | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1:                           | <input type="checkbox"/> Cálculos renales                |
| <input type="checkbox"/> Anemia                                  | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2:                           | <input type="checkbox"/> Migraña                         |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                                | <input type="checkbox"/> Epilepsia                                  | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple             |
| <input type="checkbox"/> Asma                                    | <input type="checkbox"/> Fractura                                   | <input type="checkbox"/> Infarto del miocardio           |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular                   | <input type="checkbox"/> Úlcera gástrica                            | <input type="checkbox"/> Obesidad                        |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad gastrointestinal                | <input type="checkbox"/> Osteoartritis                   |
| <input type="checkbox"/> Arteriopatía coronaria                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de reflujo gastroesofágico      | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                    |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: ¿Tipo? _____                    | <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional                       | <input type="checkbox"/> Neumonía                        |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia: Finalizó ____            | <input type="checkbox"/> Glaucoma                                   | <input type="checkbox"/> Trast. neurológico progresivo   |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación: Finalizó ____ | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco                             | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata              |
| <input type="checkbox"/> Marcapaso cardíaco                      | <input type="checkbox"/> Hepatitis                                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar             |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular               | <input type="checkbox"/> Colesterol alto                            | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática                |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva       | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia                             | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide.            |
| <input type="checkbox"/> Varicela                                | <input type="checkbox"/> Hipertensión                               | <input type="checkbox"/> Zóster                          |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis                                | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo                            | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño                 |
| <input type="checkbox"/> Colitis                                 | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo                             | <input type="checkbox"/> Enfermedad de trans. sexual     |
| <input type="checkbox"/> EPOC                                    | <input type="checkbox"/> Bomba de insulina                          | <input type="checkbox"/> Enfermedad terminal             |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica             | <input type="checkbox"/> Dolor articular                            | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn                     | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal                           | <input type="checkbox"/> Ataques isquémicos transitorios |
| <input type="checkbox"/> Accidente cardiovascular                | <input type="checkbox"/> Disfunción sistólica ventricular izquierda | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                    |
| <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda               | <input type="checkbox"/> Depresión                                  | <input type="checkbox"/> Problemas valvulares            |

HOSPITALIZACIONES \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

OTROS ANTECEDENTES MÉDICOS \_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO**

	Actualmente fuma todos los días	Consumidor de tabaco Sí No
	Actualmente fuma ocasionalmente	
Tabaquismo	Exfumador(a)	
	No ha fumado nunca	
	Fumador(a). Se desconoce situación actual	
	Desconocida	
# De paquete (s) fumados por día	¿ Por Cuantos años fumo?	Fecha para dejar de fumar

Nombre: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL SOCIAL

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No consume alcohol | Nivel educativo  | <input type="checkbox"/> Grados 9.º a 12.º           |  |
| <input type="checkbox"/> Consumo ocasional  |  | <input type="checkbox"/> Escuela técnica/profesional |  |
| <input type="checkbox"/> Bebedor social     |  | <input type="checkbox"/> Junior College              |  |
| <input type="checkbox"/> Consumo moderado   |  | <input type="checkbox"/> Título de Asociado          |  |
| Consumo de alcohol                          | <input type="checkbox"/> Consumo excesivo              | <input type="checkbox"/> Licenciatura                |  |
|   | <input type="checkbox"/> Alcohólico(a) en recuperación | <input type="checkbox"/> Maestría                    |  |
|   | <input type="checkbox"/> Consume cerveza               | <input type="checkbox"/> PhD (sistema anglosajón)    |  |
|   | <input type="checkbox"/> Consume vino                  | <input type="checkbox"/> Doctorado                   |  |
|   | <input type="checkbox"/> Nunca ha consumido alcohol    |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> Dejó de consumirlo            | Estado civil   | <input type="checkbox"/> Soltero(a)                    |
|   | <input type="checkbox"/> 0 porciones por día           |  | <input type="checkbox"/> Casado(a)                     |
|   | <input type="checkbox"/> Consumo ocasional             |  | <input type="checkbox"/> Divorciado(a)                 |
| Consumo de cafeína                          | <input type="checkbox"/> + de 1 porción al día         |  | <input type="checkbox"/> Pareja de hecho               |
|   | <input type="checkbox"/> + de 2 porciones al día       |  | <input type="checkbox"/> Viudo                         |
|   | <input type="checkbox"/> + de 3 porciones al día       |  | <input type="checkbox"/> Viuda                         |
|   | <input type="checkbox"/> + de 4 porciones al día       |  |  |
| Ocupación                                   | _____  | Hábitos de ejercicio                                 | <input type="checkbox"/> Sedentario(a)                 |
|   |  |  | <input type="checkbox"/> Moderado < 3 veces por semana |
|   |  |  | <input type="checkbox"/> Moderado > 3 veces por semana |
|   |  |  | <input type="checkbox"/> Enérgico < 3 veces por semana |
|   |  |  | <input type="checkbox"/> Enérgico >3 veces por semana  |

## HISTORIAL / PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- NINGÚN HISTORIAL QUIRÚRGICO PREVIO
- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía       | <input type="checkbox"/> Ablación del tejido endometrial | <input type="checkbox"/> Mastectomía derecha izquierda Bilateral |
| <input type="checkbox"/> Tumorectomía de mama | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar                 | <input type="checkbox"/> Miomectomía                             |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas | <input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca                | <input type="checkbox"/> Ooforectomía                            |
| <input type="checkbox"/> Colectomía           | <input type="checkbox"/> Hemorroides                     | <input type="checkbox"/> Ostomía                                 |
| <input type="checkbox"/> Colectomía subtotal  | <input type="checkbox"/> Hernia                          | <input type="checkbox"/> Esplenectomía                           |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de cono      | <input type="checkbox"/> Histerectomía                   | <input type="checkbox"/> Amígdalas / Adenoidectomía              |
| <input type="checkbox"/> Dilación y legrado   | <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación       | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas                     |
|   | <input type="checkbox"/> Laparoscopia                    |  |

OTRO HISTORIAL QUIRÚRGICO: \_\_\_\_\_

## ATENCIÓN PREVENTIVA

Vacuna antigripal      Fecha \_\_\_\_\_  
Vacuna antineumocócica      \_\_\_\_\_  
Pevnar 13      \_\_\_\_\_  
Zoster      \_\_\_\_\_

