

**HISTORIAL MÉDICO Y EXPEDIENTE DE SALUD PERSONAL PARA ADULTOS**

<b>ALERGIAS:</b>   
------------------------------

*Traiga este formulario con usted cada vez que visite a su Profesional de Salud*

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Dirección \_\_\_\_\_  
(Número y Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Fecha de Nacimiento: Mes \_\_\_ Día \_\_\_ Año \_\_\_ Género: Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_ Origen Étnico \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO:**

**MEDICAID #** \_\_\_\_\_

Nombre del HMO de Medicaid \_\_\_\_\_ HMO

ID# \_\_\_\_\_

Nombre y número telefónico del Coordinador de Atención del HMO de Medicaid (si lo conoce)

\_\_\_\_\_

**MEDICARE** (si corresponde)

Medicare # \_\_\_\_\_ Plan de Medicamentos de la Parte D de Medicare

\_\_\_\_\_

Nombre del HMO de Medicare Advantage (si esto corresponde)

\_\_\_\_\_

**SEGURO DE SALUD PRIVADO** (si esto corresponde)

Proveedor \_\_\_\_\_ Número del ID del Seguro \_\_\_\_\_

**TUTELA O CUSTODIA**

Propia \_\_\_ Otro (otra persona la tiene) \_\_\_ Si es "Otro", por favor especifique:

Nombre del Custodio \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
(Número y Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

**TIENE TESTAMENTO** No \_\_\_ Si \_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

**APODERADO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD** Nombre \_\_\_\_\_  
Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

**MANEJO DE CASO**

Agencia \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
(Número y Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

**CONTACTO DE EMERGENCIA** Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
(Número y Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

**FAMILIAR MÁS CERCANO** Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
(Número y Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

**MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
(Número y Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

**DENTISTA (ODONTÓLOGO)**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
(Número y Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

**FARMACIA**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
(Número y Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

**MÉDICO ESPECIALISTA**

(1) Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
(Número y Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

(2) Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
(Número y Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

(3) Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
(Número y Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

(4) Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
(Número y Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

(5) Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
(Número y Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

**Causa de la Discapacidad Primaria:** Desconocida \_\_\_\_\_ Conocida \_\_\_\_\_

**Tipo de Discapacidad:** Discapacidad Intelectual \_\_\_\_\_ Síndrome de Down \_\_\_\_\_ Parálisis Cerebral \_\_\_\_\_  
Espina Bífida \_\_\_\_\_ Desorden del Espectro del Autismo (Por favor especifique el tipo) \_\_\_\_\_  
Otra (por favor especifique) \_\_\_\_\_

**MOVILIDAD:** Independiente \_\_\_\_\_ Bastón \_\_\_\_\_ Andadera \_\_\_\_\_ Silla de Ruedas \_\_\_\_\_  
Aparatos Ortopédicos \_\_\_\_\_ Prótesis \_\_\_\_\_

**VISIÓN:** Lentes \_\_\_\_\_ Legalmente Ciego \_\_\_\_\_

**EPILEPSIA:** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Controlada: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Tipo de convulsiones: Generalizas \_\_\_\_\_ Tónicas \_\_\_\_\_ Clónicas \_\_\_\_\_ Ausentes \_\_\_\_\_  
Ultimo EEG/CT de la Cabeza/Tomografía MRI del Cerebro  
Fecha: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_  
Utiliza Casco: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

**COMUNICACIÓN**

Método de Comunicación: Verbal \_\_\_\_\_ Mediante Gestos \_\_\_\_\_ Mediante Dispositivo de Comunicación \_\_\_\_\_  
Lenguaje de Señas \_\_\_\_\_  
Otro (especifique) \_\_\_\_\_  
Lenguaje de Comunicación: Inglés \_\_\_\_\_ Español \_\_\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_  
Problemas de Audición: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, explique, \_\_\_\_\_  
Utiliza audífonos \_\_\_\_\_

**CUIDADO PERSONAL**

Control de esfínteres (vejiga): Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Control de esfínteres (intestino): Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Dieta especial (explique brevemente) \_\_\_\_\_  
Dentadura postiza: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**VACUNAS PARA ADULTOS**

DPT (Tétanos) Fecha \_\_\_\_\_ Neumonía Fecha \_\_\_\_\_ Herpes Zóster (Culebrilla) Fecha \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR**

MADRE

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Está viva: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si falleció, causa del fallecimiento \_\_\_\_\_

PADRE

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Está vivo: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si falleció, causa del fallecimiento \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA FAMILIAR**

Fecha de Finalización: \_\_\_\_\_

Por favor indique con una marca (√) los familiares que han tenido alguna de las siguientes condiciones:

Condición Médica	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Abuela	Abuelo	Otro Familiar
Alcoholismo							
Enfermedad de Alzheimer							
Anemia							
Problemas con la anestesia							
Artritis							
Asma							
Defectos Congénitos (de Nacimiento)							
Problemas de Sangrado							
Cáncer, Mama (Seno)							
Cáncer, Colon							
Cáncer, Ovario							
Cáncer, Próstata							
Cáncer, Melanoma							
Cáncer, Piel (excepto melanoma)							
Cáncer (no señalado)							
Depresión							
Discapacidades del Desarrollo							
Diabetes, Tipo 1 (comienza en la infancia)							
Diabetes, Tipo 2 (comienza en la edad adulta)							
Eczema							
Epilepsia (convulsiones)							
Enfermedades genéticas							
Glaucoma							
Rinitis Alérgica (Fiebre del Heno)							
Problemas de Audición							
Enfermedad Cardíaca (Enfermedad del Corazón)							
Presión Arterial Alta							
Colesterol Alto							
Enfermedad Renal							




