

# HOJA DE TRABAJO DE TRANSMISIÓN DE DATOS DE HISTORIA DE SALUD

*Etiqueta  
del Paciente*



**DEPARTAMENTO DE SALUD DE TENNESSEE**  
Servicios de Salud de la Comunidad

<b>HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE (POR FAVOR, MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)</b>			
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón/Vesícula	<input type="checkbox"/> Anemia Falciforme
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática/ Hepatitis	<input type="checkbox"/> Enfermedad
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los Pulmones/ Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Rasgos
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Trastornos alimenticios	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Trastornos de la Piel
<input type="checkbox"/> Defectos de Nacimiento/Desórdenes Genéticos	<input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/> Problemas de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> Trastornos sanguíneos	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Pensamientos de Suicidio
<input type="checkbox"/> Coágulo de sangre	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Vesícula Biliar	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides/Bocio
<input type="checkbox"/> Problemas estomacales/Intestinales	<input type="checkbox"/> Deficiencias Auditivas	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Enfermedades del Pecho	<input type="checkbox"/> Ataque/Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/> Limitaciones para la Actividad Física	<input type="checkbox"/> Venas Varicosas
<input type="checkbox"/> Cáncer Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Severos	<input type="checkbox"/> Problemas de la Visión:
	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Problemas Sexuales	<input type="checkbox"/> Usa anteojos o Contacto
	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Enfermedades de Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/> Otro: _____
¿Alguna vez le han hecho una mamografía? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Alguna vez le han hecho una colonoscopia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Si es sí, ¿alguna vez ha tenido una anormal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Si es sí, ¿alguna vez ha tenido una anormal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

CIRUGÍAS	FECHA	HOSPITALIZACIÓN/LESIONES	FECHA

<b>HISTORIA MÉDICA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE (Por favor, marque la casilla apropiada del miembro de la familia para todos los que correspondan)</b>											
<b>¿ES USTED ADOPTADO/A? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCE</b>											
	Padre	Madre	Padres del Padre	Padres de la Madre	Brother Sister		Padre	Madre	Padres del Padre	Padres de la Madre	Hermano Hermana
Anemia						Colesterol Alto					
Defectos de Nacimiento/Trastornos Genéticos						Alta Presión Arterial					
Trastornos Sanguíneos						Enfermedad del Riñón					
Cáncer (Especifique el tipo)						Enfermedad Pulmonar					
Diabetes						Enfermedad Mental					
Epilepsia/Convulsiones						Obesidad					
Glaucoma						Anemia Falciforme (especifique Enfermedad o Rasgo)					
Enfermedad/Ataque al Corazón											
Otro:						Derrame Cerebral					

<b>SI EL NIÑO QUE VEMOS HOY TIENE MENOS DE 6 AÑOS DE EDAD LLENE ESTA SECCIÓN</b>				
Peso al Nacer	Altura al Nacer	<input type="checkbox"/> Parto Vaginal	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Nacimiento Prematuro (menos de 36 semanas)

<input type="checkbox"/> Complicaciones en el Embarazo:		<input type="checkbox"/> Complicaciones en el Parto:	
¿Cuándo comenzó el cuidado prenatal? <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> Trimestre (0-13 Semanas) <input type="checkbox"/> 2 <sup>do</sup> Trimestre (14-26 Semanas) <input type="checkbox"/> 3 <sup>er</sup> Trimestre (27-40+ Semanas) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No se sabe		¿Su bebé tuvo una Prueba de Evaluación de Recién Nacido? (Punción del Talón) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		Hospital donde Nació:	¿Su bebé tuvo una Prueba de Audición de Recién Nacido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Duración de la Estancia Hospitalaria:	

**Declaración de voluntades anticipadas para cuidados de salud (solamente para aquellos con 18 o más años de edad)**

Ud. ha finalizado alguna declaración de voluntades anticipadas? (ejemplos–documento de voluntades anticipadas, poder notarial, donación de órganos instrucciones de “no resucitar”)

SÍ  NO      Sí no, ¿desea recibir información?  SÍ  NO      La información fue proporcionada  SÍ  NO

<b>Solo para hombres</b>		<b>HISTORIA MÉDICA CONTINUACIÓN</b> (Si es apropiado para el paciente que vemos hoy, por favor, llene la sección siguiente)	
<b>Preguntas de Salud Reproductiva</b>		<b>Respuesta</b>	<b>Preguntas de Salud Reproductiva</b>
¿Alguna vez ha experimentado abuso físico o sexual?			¿Su pareja tiene relaciones sexuales con hombres?
¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?			¿Su pareja ha estado en prisión alguna vez?
¿Qué edad tenía usted la primera vez que tuvo relaciones sexuales?			¿Su/s pareja/s alguna vez han tenido ETS?(Enfermedades Transmitidas Sexualmente)
¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?			¿Su/s pareja/s ha/n tenido alguna vez el VIH?
¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 6 meses?			¿Ha tenido alguna vez una ETS? (Enfermedad Transmitida Sexualmente)
¿Ha tenido relaciones sexuales con hombres, mujeres, o ambos?			¿Alguna vez ha tenido una prueba de SIDA?
¿Su pareja sexual usa drogas intravenosas de la calle?			¿Alguna vez ha sido diagnosticado con VIH/SIDA?
¿Su pareja tiene relaciones sexuales con otras mujeres?			
<b>SOLO PARA MUJERES</b>		<b>HISTORIA MÉDICA CONTINUACIÓN</b> (Si es apropiado para el paciente que vemos hoy, por favor, llene la sección siguiente)	
¿Alguna vez ha experimentado abuso físico o sexual?			¿Su/s pareja/s ha/n tenido alguna vez el VIH?
¿Su madre tomó DES (hormonas) cuando estuvo embarazada con Ud.?			¿Ha tenido alguna vez una ETS? (Enfermedad Transmitida Sexualmente)
Edad cuando tuvo su primer período			¿Alguna vez ha tenido una prueba de SIDA?
¿Tiene su período cada mes?			¿Alguna vez ha sido diagnosticada con VIH/SIDA?
Número promedio de días de sangrado menstrual			¿Cuántas veces ha estado embarazada?
¿Es su sangrado abundante, regular, o muy poco?			¿Cuántos embarazos resultaron en un nacimiento vivo?
¿Tiene dolores menstruales con su período?			¿Cuántos embarazos terminaron en aborto involuntario?
¿Qué medicina toma para los dolores menstruales?			¿Cuántos embarazos terminaron en muerte fetal?
¿Cuándo, si corresponde, desea estar embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura o bien de cualquier manera <input type="checkbox"/> Sí, quiero estar embarazada el año próximo <input type="checkbox"/> Sí, quiero estar embarazada en 2 años o más			¿Cuántos embarazos terminaron en aborto?
			¿Cuántos nacimientos por cesárea ha tenido?
			¿Tuvo algún problema durante algún embarazo?
			¿Cuándo fue su último parto?
			¿Le hicieron un examen después de su último parto?
¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?			¿Está amamantando a su bebé?
¿Qué edad tenía usted la primera vez que tuvo relaciones sexuales?			¿Cuál fue el peso de su bebe más pequeño al nacer?
¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?			¿Cuál fue el peso de su bebe más grande al nacer?
¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 6 meses?			¿Cuándo se hizo la última prueba del Papanicolaou?
¿Ha tenido relaciones sexuales con hombres, mujeres, o ambos?			¿Fue su última prueba del Papanicolaou normal?
¿Su pareja sexual usa drogas intravenosas de la calle?			¿Alguna vez ha tenido una prueba del Papanicolaou anormal?
¿Su pareja tiene relaciones sexuales con otras mujeres?			Si usted ha tenido una prueba del Papanicolaou anormal, ¿cuándo fue eso?
¿Su pareja tiene relaciones sexuales con otros hombres?			Si usted ha tenido una prueba del Papanicolaou anormal, ¿fue tratada?
¿Su pareja ha estado en prisión alguna vez?			¿Qué otros métodos de control de natalidad ha probado?
¿Su/s pareja/s alguna vez han tenido ETS?(Enfermedades Transmitidas Sexualmente)			¿Ha tenido problemas con algún método?