



HealthWorks for Northern Virginia
Your Community Health Center

Compassionate • Culturally Competent • Accessible to All

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Visita: _____ Razón por la Visita: _____

HISTORIA MÉDICA

	SI	NO		SI	NO
Asma			Enfermedad de Tiroides		
Enfermedad del Corazón			Convulsiones		
Presión arterial alta			Hepatitis		
Diabetes			Depresión		
Problemas Respiratorio			Ansiedad		
Enfermedad del Riñón			Alto Nivel de Estrés		
Enfermedad del Hígado			Cáncer:		
Desorden Sanguíneo			Otro:		
Alcoholismo					

Alergias: Si Ninguno

En caso afirmativo, por favor especifique _____

Medicamentos actuales: Si Ninguno

En caso afirmativo, por favor especifique _____



HealthWorks for Northern Virginia
Your Community Health Center

Compassionate • Culturally Competent • Accessible to All

HISTORIA SOCIAL

Usted usas alguno de los siguientes: Alcohol Tabaco N/A

Ha tenido algún accidente recientemente: Si No

En caso afirmativo, por favor especifique _____

Se ha caído recientemente: Si No

En caso afirmativo, por favor especifique _____

Ha tenido alguna cirugía en el pasado: Si No

En caso afirmativo, por favor especifique _____

Tienes una cirugía o procedimientos programados: Si Ninguno

En caso afirmativo, por favor especifique _____

A tenido una colonoscopia en los últimos 12 meses: Si No

En caso afirmativo, por favor especifique _____

Cualquier otra información que usted quisiera hacernos saber acerca de su historial médico:

PARA MUJERES

Ha tenido un prueba de Papanicolaou en los últimos 12 meses Si No

En caso afirmativo, por favor especifique _____

Ha tenido un examen pélvico en los últimos 12 meses Si No

En caso afirmativo, por favor especifique _____
