

**DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE RIVERSIDE
RESUMEN HISTORIAL MÉDICO PARA ADULTOS**

**Parte I – DEBE SER LLENADA POR EL PACIENTE O EL INFORMANTE DEL PACIENTE
(Favor de escribir en letra de molde)**

Nombre del Paciente: _____
(Primero) (Segundo) Apellido) (Apellido Materno)

Nombre del Informante si no fue el Paciente/Parentesco: _____

Médico Actual: _____
(Nombre) (Domicilio/Ciudad)

Fecha del último examen físico: _____ Tiene alergias? Sí No

POR FAVOR MARQUE TODO LOS SIGUIENTE QUE HA TENIDO EN EL PASADO:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Uso de Drogas | <input type="checkbox"/> Problemas del hígado |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Respiratoria | <input type="checkbox"/> Cáncer/Enfermedades de la Inmunidad | <input type="checkbox"/> Hepatitis/Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Dolor/Presión en el pecho | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente/fuerte | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Alta presión arterial | <input type="checkbox"/> Lesión de la cabeza | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) |
| <input type="checkbox"/> Problemas estomacales | <input type="checkbox"/> Apoplejía | <input type="checkbox"/> Enfermedades sexualmente transmisibles |
| <input type="checkbox"/> Uso de Alcohol | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Asma/Fiebre del heno/Ronchas/Sarpullido |
| <input type="checkbox"/> Mareos /Desmayos | <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Orinarse/Ensuciarse en la cama |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Sangrado inusual |
| <input type="checkbox"/> PMS (Síndrome previo a la menstruación) /Terapia hormonal | | <input type="checkbox"/> Embarazo |

OTRAS ENFERMEDADES SERIAS Y O PRUEBAS MÉDICAS: _____

SUBSTANCIAS A LAS QUE USTED ES ALÉRGICO(A): _____

DESCRIPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS CAUSADOS POR LA ALERGIA/NATURALESA DE LA REACCIÓN: _____

DENTRO DEL ÚLTIMO AÑO, USTED HA TOMADO MEDICAMENTOS RECETADOS U OTROS MEDICAMENTOS PARA:

- | | | | | |
|--|---------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ¿Disturbios del sueño? | Nombre: _____ | ¿Actualmente usando? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> ¿Nutrición/¿Problemas del peso? | Nombre: _____ | ¿Actualmente usando? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> ¿Nervios/Ansiedad/Depresión? | Nombre: _____ | ¿Actualmente usando? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> ¿Dolor? Nombre | Nombre: _____ | ¿Actualmente usando? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> ¿Recreación/Relajamiento? | Nombre: _____ | ¿Actualmente usando? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
- ¿Está tomando, o ha tomado Antabuse? Sí No

Firma del Consumidor: _____ Fecha: _____

**DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE RIVERSIDE
RESUMEN HISTORIAL MÉDICO PARA ADULTOS**

Parte II – HISTORIAL TOMADO PARA EL USO DE EMPLEADOS SOLAMENTE (Use una hoja adicional si es necesario.)

1. ENFERMEDADES, ACCIDENTS, HOSPITALIZACIONES, Y PROBLEMAS MÉDICOS QUE SIGNIFICANTES PADECIO EN EL PASADO: _____

2. ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES Y PROBLEMAS SIGNIFICANTES: _____

3. PROBLEMAS MÉDICOS ACTUALES SIGNIFICANTES: _____

4. MEDICAMENTOS PSICOTRÓFICOS ACTUALES:

<u>Nombre</u>	<u>Miligramos/Dosis</u>	<u>Duración del uso</u>

5. MEDICAMENTOS PSICOTRÓFICOS DEL PASADO:

<u>Nombre</u>	<u>Miligramos/Dosis</u>	<u>Duración del uso</u>	<u>Reacciones adversa (Sí o No)</u>

6. OTROS MEDICAMENTOS ACTUALES (Incluyendo medicamentos recetados y sin receta):

<u>Nombre</u>	<u>Miligramos/Dosis</u>	<u>Duración del uso</u>

7. USO ACTUAL DE ALCOHOL Y/O DROGAS ILICITAS:

<u>Nombre</u>	<u>Frecuencia/Cantidad</u>

8. USO DE ALCOHOL Y/O DROGAS ILICITAS EN EL PASADO:

<u>Nombre</u>	<u>Frecuencia/Cantidad</u>

SI RESPONDE A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS 7 ó 8, FAVOR DE LLENAR LA EVALUACIÓN DE DOGRAS/ALCOHOL.

COMENTARIOS:

 Firma del Clínico

 Fecha

 Firma del Médico de Revisión

 Date (Fecha)