

Patient Name: _____ DOB: _____

Pruebas Pruebas de Salud Preventiva

Haga una lista de la ubicación y la fecha de cualquier prueba de detección que le hayan hecho:

Prueba	Última fecha de realización (mes/año), Ubicación (ciudad/estado)
Detección de colesterol (panel de lípidos)	
Exámenes de detección de cáncer de colon __Colonoscopia __Sigmoidoscopia __Cologuard __FIT / Prueba de sangre oculta en heces (FOBT)	
Análisis de detección de hepatitis B	
Análisis de detección de hepatitis C	
Detección del VIH	
Detección de cáncer de pulmón (tomografía computarizada de dosis baja)	
Pruebas de infecciones de transmisión sexual (ITS)	
Detección de diabetes (glucosa en ayunas, a1c)	
Detección de osteoporosis (DEXA / gammagrafía ósea)	
Exámenes de detección de cáncer de mama (mamografía)	
Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou)	
Detección de aneurisma aórtico abdominal (AAA) Ecografía o tomografía computarizada	
Exámenes de detección del cáncer de próstata (análisis de sangre de PSA)	
Vacunas	Fecha(s)
Neumonía (especifique el tipo) <i>Prevnar</i> (PCV) _13 _15 _20 _ <i>Pneumovax</i> (PPSV) 23	
Serie Hepatitis B	
Influenza (gripe)	
(<i>Shingles</i> (especificar tipo) __ <i>Zostavax</i> (serie de 1 dosis) __ <i>Shingrix</i> (serie de 2 dosis)	
Tétanos (especifique el tipo) __ <i>Tdap</i> __ <i>Td</i>	
Serie de COVID-19 (especificar tipo) __ <i>Janssen</i> __ <i>Pfizer</i> # dosis __ <i>Moderna</i> # dosis__	

patient label

Medical History Form

Mason Health

901 Mountain View Drive, P.O. Box 1668 MGH 1510S Rev 4/2022

Page 2 of 7

SCAN TO PATIENT PROVIDED HEALTH DATA

Antecedente quirúrgico

Marque cualquier cirugía que haya tenido; **circule** el lado del cuerpo, si tuvo algún implante y la fecha de la **cirugía**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cirugía Abdominal _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de cadera _____ D o I |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de tobillo, pie, dedo del pie ___/ D o I | <input type="checkbox"/> Histerectomía (total) _____ |
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía _____ | <input type="checkbox"/> Histerectomía (parcial) _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de espalda _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de la rodilla _____ D o I |
| <input type="checkbox"/> Biopsia (localización) _____/ D o I | <input type="checkbox"/> LEEP (Cirugía del cuello uterino) _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de mama _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía del cuello _____ |
| <input type="checkbox"/> Extracción de cataratas _____ | <input type="checkbox"/> Extirpación de ovarios _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Bypass</i> coronario _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía del hombro _____ D o I |
| <input type="checkbox"/> Stent coronario _____ | <input type="checkbox"/> Crujía de senos paranasales _____ |
| <input type="checkbox"/> EGD (Endoscopia gastrointestinal superior) | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> Amígdalas y adenoides _____ |
| <input type="checkbox"/> Extirpación de la vesícula biliar _____ | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de manos, dedos y muñecas ___/ D o I | <input type="checkbox"/> Vasectomía _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca (que no sea un <i>bypass</i> coronario) | <input type="checkbox"/> Otro _____/ _____ |
| _____ / _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____/ _____ |
| <input type="checkbox"/> Reparación de hernia _____ | |

Historia social

Tabaco

Uso de tabaco: Nunca Actualmente cada día Actualmente algunos días Anterior Otro: _____

Tipo de tabaco: Cigarrillos Cigarros Oral Pipa Otro: _____

Fecha de inicio o edad: _____ # promedio por día o paquetes por día: _____

Fecha o edad en que dejó de fumar: _____ Número total de años que fumó: _____

Cigarrillo electrónico / Vapeo

Uso de cigarrillos electrónicos: Nunca Uso en los últimos 90 días Uso anterior, dejó de fumar hace más de 90 días

Tipo: Infusión de cannabinoides Solo con sabor Infusión de nicotina Otro: _____

Fecha de inicio o edad: _____ Fecha o edad en que dejó de fumar: _____

Alcohol

Uso de alcohol: Actualmente En el pasado Nunca

Tipo: Cerveza Vino Licor Otro: _____

Frecuencia de uso: 1-2 al año 1-2 al mes 1-2 a la semana Diario Varios por día

Promedio de bebidas por episodio el año pasado: _____ Máximo número de bebidas por episodio el año pasado: _____

Uso de sustancias

Actualmente En el pasado Nunca

Anfetaminas Cocaína Éxtasis Alucinógenos/LSD Heroína Inhalantes/Pegamentos/Disolventes

Marihuana Metanfetaminas Medicamentos recetados Otro: _____

Frecuencia de uso: 1-2 al año 1-2 al mes 1-2 a la semana Diario Varios por día

¿Alguna vez ha usado agujas para inyectarse drogas recreativas? Sí No

Sexual

patient label

Medical History Form

Mason Health

901 Mountain View Drive, P.O. Box 1668 MGH 1510S Rev 4/2022

Page 3 of 7

SCAN TO PATIENT PROVIDED HEALTH DATA

Patient Name: _____ DOB: _____

Sexualmente activo: Sí No Desde la edad: _____ Parejas: Masculino Femenino Ambos Otro: _____

Parejas actuales: ____ # Parejas de por vida: ____ Antecedente de ITS: No Sí

Desea prueba detección de ITS: Sí No

Uso de preservativos: Sí No Otro anticonceptivo: _____

Orientación sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual Otro _____

Identidad de género: Masculino Femenino Transgénero Otro _____

Nutrición/salud

Tipo de dieta: Regular Calorías restringidas Diabético Vegetariano Vegano Otro: _____

¿Tiene acceso o recursos para acceder a alimentos saludables? Sí No

Deseo de perder peso: Sí No Antecedentes de trastorno alimentario: Sí No Explique: _____

Preocupaciones para dormir: Sí No Consumo de cafeína: Sí No # al día: _____

Alto nivel de estrés: Sí No

Ambiente/ Hogar

Vive con: Solo Hijos Padre Madre Hermanos Pareja Esposo Otro: _____

Situación de vivienda: Hogar/Independiente Hogar con Asistencia Asilo Hospicio Facilidad de cuidado asistida Para personas sin hogar/Refugio Otro: _____

Empleo/Escuela

Tiempo completo Medio tiempo Trabaja por su cuenta Incapacitado Desempleo

Jubilado/Fecha: _____

Estudiante (Si es estudiante, a qué escuela asiste): _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección del empleador: _____ Número de teléfono del empleo: _____

¿Alguna vez ha estado expuesto a alguno de los siguiente?

Materiales peligrosos Levantar objetos pesados/torsión Ruidos fuertes Trabajo Médico/Clínico

Movimiento repetitivo Trabajo por turnos/noche Vibración Otro: _____

Psicosocial

Preferencia religiosa: _____

Antecedentes de abuso: Sí No

¿Poco interés en hacer cosas?	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Varios días	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/> Casi todos los días
¿Se siente abatido, deprimido o sin esperanza?	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Varios días	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/> Casi todos los días

Ejercicio

¿Hace ejercicio regularmente? Sí No Autoevaluación: Poco Medio Bueno Excelente

Duración (promedio # de minutos): ____ Veces por semana: 1-2 3-4 5-6 Diario Otro: _____ ¿Qué tipo de ejercicio?

Caminar Aeróbicos Correr Natación Levantar pesas Yoga Otro: _____

patient label

Medical History Form

Mason Health

901 Mountain View Drive, P.O. Box 1668 MGH 1510S Rev 4/2022

Page 4 of 7

SCAN TO PATIENT PROVIDED HEALTH DATA

Antecedente Médico Reciente (ROS)

Por favor, ayúdenos a actualizar cualquier inquietud actual que pueda tener.

General <input type="checkbox"/> Sin problemas <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Sudor nocturno <input type="checkbox"/> Aumento de peso <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Otro _____	Piel <input type="checkbox"/> Sin problemas <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Resequedad <input type="checkbox"/> Comezón <input type="checkbox"/> Lesión en la piel <input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Otro _____	Cabeza o cuello <input type="checkbox"/> Sin problemas <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Dolor en el cuello <input type="checkbox"/> Síncope <input type="checkbox"/> Otro _____	Vista <input type="checkbox"/> Sin Problemas <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Borrosa <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Cambio en la visión <input type="checkbox"/> Ojos rojos <input type="checkbox"/> Otro _____
Oídos, nariz, garganta y boca <input type="checkbox"/> Sin Problemas <input type="checkbox"/> Pérdida de audición <input type="checkbox"/> Dolor de oídos <input type="checkbox"/> Congestión nasal <input type="checkbox"/> Dolor en los senos nasales <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos <input type="checkbox"/> Otro _____	Respiratorio <input type="checkbox"/> Sin problemas <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Sibilancia <input type="checkbox"/> Otro _____	Cardiovascular <input type="checkbox"/> Sin problemas <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Hinchazón de las piernas <input type="checkbox"/> Otro _____	Endocrino <input type="checkbox"/> Sin problemas <input type="checkbox"/> Caluroso <input type="checkbox"/> Escalofrió <input type="checkbox"/> Diabético <input type="checkbox"/> Otro _____
Senos <input type="checkbox"/> Sin problemas <input type="checkbox"/> Nudo o masa <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Flujo en el pezón <input type="checkbox"/> Irritación <input type="checkbox"/> Otro _____	Ginecología <input type="checkbox"/> Sin problemas <input type="checkbox"/> Sangrado anormal <input type="checkbox"/> Flujo vaginal <input type="checkbox"/> Otro _____	Sistema Genitourinario <input type="checkbox"/> Sin problemas <input type="checkbox"/> Dolor al orinar <input type="checkbox"/> Lesión genital <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Emisión nocturna <input type="checkbox"/> Otro _____	Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Sin problemas <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Cambio en hábitos intestinales <input type="checkbox"/> Cambio en el color de las heces <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> Sangre en las heces <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/> Otro _____
Musculoesquelético <input type="checkbox"/> Sin problemas <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Dolor/hinchazón en las articulaciones <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Dolor muscular <input type="checkbox"/> Otro _____	Hematológico <input type="checkbox"/> Sin problemas <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Otro _____ Linfático <input type="checkbox"/> Sin problemas <input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas	Neurológico <input type="checkbox"/> Sin problemas <input type="checkbox"/> Sensación alterada <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria <input type="checkbox"/> Convulsión <input type="checkbox"/> Otro _____	Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Sin problemas <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Disminución de atención <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio <input type="checkbox"/> Problemas para dormir <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Otro _____

Antecedente Familiar

patient label

Patient Name: _____ DOB: _____

Indique qué miembro de la familia ha tenido las siguientes enfermedades. Si esta fue la causa de la muerte, marque con una **C** si conoce la edad de diagnóstico o muerte, por favor indíquelo también.

Enfermedad	Padre	Madre	Hermano(s)	Hermana(s)	Comentarios
No se conoce antecedente significativo					
Desconocido					
Abuso de alcohol					
Alzheimer / Demencia					
Asma					
Enfermedad autoinmune					
Cáncer: <input type="checkbox"/> Edad en que se diagnosticó cáncer mamario _____					
<input type="checkbox"/> Edad en el colon _____					
<input type="checkbox"/> Edad en el pulmón _____					
<input type="checkbox"/> Edad en el ovario _____					
<input type="checkbox"/> Edad de la próstata _____					
<input type="checkbox"/> Otro _____					
EPOC					
Enfermedad de las arterias coronarias					
Depresión					
Diabetes tipo 1 (inicio en la infancia)					
Diabetes tipo 2 (inicio en adultos)					
Abuso de drogas					
Trastorno genético/portador					
Glaucoma					
Ataque cardíaco					
Hepatitis					
Presión arterial alta					
Colesterol alto					
Nefropatía					
Enfermedad hepática					
Migraña					
Osteoporosis					
Pólipo de colon					
Suicidio					
Enfermedad de la tiroides					
Otro:					

patient label

Medical History Form

Mason Health

901 Mountain View Drive, P.O. Box 1668 MGH 1510S Rev 4/2022

Page 6 of 7

SCAN TO PATIENT PROVIDED HEALTH DATA

Patient Name: _____ DOB: _____

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____

Firma del paciente _____ **Fecha** _____

Revisado _____

Notas del médico

patient label

Medical History Form

Mason Health

901 Mountain View Drive, P.O. Box 1668 MGH 1510S Rev 4/2022

Page 7 of 7

SCAN TO PATIENT PROVIDED HEALTH DATA