

Kronos Health, PLLC.
Historia inicial para pacientes nuevos

Le agradecería su completación del cuestionario adjunto para darme conocimiento de su historia médica y social del pasado, situación actual y problemas de salud. Algunas respuestas son de forma libre, para otras Y (sí) o N (no)

Si responde sí a una parte pero no a toda la pregunta, un círculo las partes que son verdaderas. * Favor de traer los registros de vacunas, si los tiene.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Fecha de hoy _____

En general, ¿como considera que su estado de salud actual es? _____

¿Cuáles son sus mayores preocupaciones acerca de su salud? _____

Otros medicos / sanadores que está viendo actualmente o han visto en los últimos años:

| Nombre Motivo | Especialidad | Razon Visitas |
|---------------|--------------|---------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

_____ Alergias / reacciones adversas a medicamentos

_____ Alergias / reacciones adversas a los alimentos / otros

Por favor, indique cualquier significativa enfermedades graves o cirugías

| Descripción | Fecha | Dónde |
|-------------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Historia familiar

| Relación | Edad | Estado de salud o enfermedad | Si ha fallecido, edad y causa |
|----------------------|-------|------------------------------|-------------------------------|
| Madre de la madre | _____ | _____ | _____ |
| El padre de la madre | _____ | _____ | _____ |
| La madre del padre | _____ | _____ | _____ |
| Padre del padre | _____ | _____ | _____ |
| Madre | _____ | _____ | _____ |
| Padre | _____ | _____ | _____ |
| Hermanos hermanas | _____ | _____ | _____ |
| Niños | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ |

¿Usted fuma? Y or N

¿Bebes alcohol? Y or N ¿Con qué frecuencia? _____

¿Usted ha utilizado drogas recreativas? Y or N

Alguna vez inyectado alguna droga? _____

¿Está usted o cualquier otra persona preocupada por su uso de droga o consumo de alcohol?

se pone el cinturón de seguridad? Siempre / Normalmente / A veces / Nunca

¿Estu usted expuesto a ruidos fuertes (en la actualidad o en el pasado) - describir

¿Algun animales domésticos vive con usted? _____

¿Que tipo? _____

Hace ejercicio? Y or N ¿Qué y con qué frecuencia? _____

Usted sigue una dieta especial? _____ ¿Qué? _____

¿Utiliza laxantes o suplementos dietéticos? _____

