



BON SECOURS MEDICAL GROUP
Bon Secours Richmond Health System



Place patient label inside box (if no patient label, complete below)

Nombre: _____

Fecha de Nac.: _____

HM #: _____

HISTORIAL SOCIAL SOCIAL HISTORY

¿Voluntad en Vida (Living Will)? Sí No ¿Poder Notarial? Sí No

1. ¿Tiene usted alguna alergia? Sí No
Si la respuesta es Sí, por favor especifique la medicación y la reacción: _____

2. Mencione a todos los médicos que lo estén atendiendo actualmente. _____

3. Enumere todas las hospitalizaciones y/o cirugías que haya tenido. _____

4. Inmunizaciones/ Tuberculosis
Si ha tenido las siguientes enfermedades, incluya el año de la vacunación más reciente:
Tétanos: _____ Gripe: _____ Pneumovax: _____
Hepatitis B: _____ Sarampión: _____ Rubéola: _____
Si anteriormente le han hecho pruebas de piel en busca de tuberculosis, incluya el año en que se le realizó la prueba: _____
Resultado: negativo (sin reacción) positivo

5. **A ser completado por pacientes mujeres:** ¿Toma usted actualmente píldoras anticonceptivas? Sí No
El último ciclo menstrual comenzó _____ y terminó _____
¿Duración promedio del ciclo? _____ días. ¿Es su flujo menstrual normal? Sí No
Número de hijos _____ Número de embarazos _____ Número de abortos espontáneos _____

6. Marque cualquiera de los siguientes problemas que se apliquen a usted.

Indigestión ácida o acidez	Malestar al mover el intestino	Parásitos intestinales	Articulaciones duras
SIDA	Mareos	Latidos irregulares	Dolor de estómago
Anemia	Visión Doble	Dolor articular	Estrés o ansiedad
Asma	Dolores de oído	Inflamación articular	Apoplejía
Problemas de espalda	Epilepsia o ataques	Enfermedad renal/piedras	Dificultad para tragar
Dientes cariados o dentaduras	Desmayos	Infección de riñón o vejiga	Sífilis
Evacuaciones negras	Latidos rápidos	Malaria	Problemas de tiroides
Sangre en las evacuaciones	Micción frecuente	Dolores musculares	Opresión en el pecho
Visión borrosa	Dolores de cabeza frecuentes	Dolor muscular	Dificultad para controlar la micción
Ardor al orinar	Hemorragias nasales frecuentes	Debilidad muscular	Dificultad para comenzar a orinar
Cambios en el peso	Problemas de vesícula	Apetito pobre	Dificultad para dormir
Dolor de pecho	Gonorrea	Problemas de próstata	Úlceras
Uso de cocaína u otra droga	Caída de cabello	Pus, albúmina o azúcar en orina	Vómitos o náuseas
El frío hace doler mis dedos	Enfermedad coronaria	Fiebre reumática	Debilidad de un brazo o pierna
Constipación	Ataque al corazón	Reumatismo	Debilidad o cansancio
Tos	Hemorroides	Falta de aliento	Resuello
Expectora sangre	Hepatitis	Problemas de senos	Ictericia
Depresión	Hernia	Enfermedad de la piel, furúnculos	
Diabetes	Presión arterial alta	frecuentes	
Diarrea	Ojos inflamados	Dolor de garganta	

7. Por favor incluya todo miembro de la familia inmediata que haya padecido lo siguiente:

Cáncer & tipo:	Sí	No	¿Miembro de la Familia?	
Diabetes:	Sí	No	¿Miembro de la Familia?	
Enfermedad coronaria:	Sí	No	¿Miembro de la Familia?	
Enfermedad mental:	Sí	No	¿Miembro de la Familia?	
Presión arterial alta:	Sí	No	¿Miembro de la Familia?	
Apoplejía:	Sí	No	¿Miembro de la Familia?	
Alguna otra enfermedad grave:	Sí	No	¿Miembro de la Familia?	



HISTORIAL SOCIAL
SOCIAL HISTORY

Place patient label inside box (if no patient label, complete below)

Nombre: _____

Fecha de Nac.: _____

HM #: _____

Historial Social					
Estado Civil	Soltero/a	En Pareja	Separado/a		
	Casado/a	Divorciado/a	Viudo/a		
Convivencia	Vive solo/a	Vive con la pareja			
	Vive con el cónyuge	Vive con otro			
Raza: _____ Origen étnico: _____					
Empleo	Ocupación/ Empleador →				
	Ama de Casa				
	Estudiante (dónde, asignatura, año)				
Tabaco	NO – No fumo y nunca he fumado				
	Sí – He fumado antes pero ya no lo hago	¿Fecha en que Abandonó el Cigarrillo?			
		¿Previamente, # de paquetes por día?			
	Sí – Fumo actualmente	¿# de años previos como fumador/a?			
		¿Número de paquetes por día?			
		¿Número de años como fumador/a?			
Alcohol	NO – No bebo alcohol				
	Sí – He bebido alcohol antes pero ya no lo hago	¿Fecha en que Dejó de Beber?			
		¿Tipo de alcohol?			
		¿Número de copas por semana?			
		¿Cantidad de años bebiendo?			
	Sí - Bebo alcohol	¿Tipo de alcohol?			
		¿Número de copas por semana?			
		¿Cantidad de años bebiendo?			
Drogas	¿Se ha inyectado alguna vez drogas callejeras con una aguja?	Sí	No		
	¿Qué tipo de drogas callejeras ha usado en el pasado o usa actualmente?				
Historial Sexual	¿Se encuentra sexualmente activo?	Sí	No		
	Si la respuesta es Sí, ¿está usted actualmente tratando de quedar embarazada?	Sí	No		
	Si no intenta quedar embarazada, mencione el método anticonceptivo o de barrera usado:				
	¿Cuándo fue su último período menstrual? ¿Cuántos períodos tiene usted al año?				
Historial Militar	¿Ha estado alguna vez en el servicio militar?	Sí	No		
	Si sí, ¿Qué cuerpo?	Ejército	Marina	Fuerza Aérea	Infantería de Marina
		Prefectura Naval	Reserva	Otro	