

Abstraction Encounter Form |

Fecha: / / Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento: / /

Vital signs:(last visit)

Date / / BP Pulse Resp. Temp Sp02 Weight Height

Alergias: (incluya: Tipo/Reacción)

Medicamentos: Nombre Dosis Ruta Cuantas veces por dia:

Historial Medica: *Indique fecha de inicio a lado del la condicion**

- Alergias, Anemia, Ansiedad, Artritis, Asma, Transfusión de sangre, Cancer, Cataratas, Insuficiencia cardíaca congestiva, Enfermedad crónica pulmonar, Pancreatitis, Emfermedad arterias coronarias, Depresión, Diabetes, Emfisemia, Enfermedad por reflujo gastroesofágico, Glaucoma, Soplo en el corazón, VIH/SIDA, Hipertensión, Enfermedad Renal, Meningitis, Fiebre Reumática, Fibrilación Auricular, Infarto, Enfermedad Muscular, Osteoporosis, Convulsiones, Anemia celulas falciformes, Derrame Cerebral, Abuso de sustancias, Enfermedad de la Tiroides, Tuberculosis, Úlceras, Enfermedad de, Hemorroides

Abstraction Encounter Form

Fecha: / / **Nombre del Paciente:** _____ **Fecha de Nacimiento** / /

Historia Quirúrgica:

****Indique la fecha al lado de la cirugía****

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Desfibrilador Cardíaco Interno Automático | <input type="checkbox"/> Cesárea |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de próstata | <input type="checkbox"/> Cirugía cerebral | <input type="checkbox"/> Cirugía de los ojos |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del intestino pequeño | <input type="checkbox"/> Cirugía de seno | <input type="checkbox"/> Cirugía de fractura |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la columna vertebral | <input type="checkbox"/> Injerto de derivación de la arteria coronaria | <input type="checkbox"/> Reparación de la hernia |
| <input type="checkbox"/> La ligadura de trompas | <input type="checkbox"/> Colectomía | <input type="checkbox"/> Histerectomía |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de colon | <input type="checkbox"/> Vasectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía estética |
| <input type="checkbox"/> Angioplastia coronaria | <input type="checkbox"/> Hernia de hiato | |

Historial familiar:

	Vivo (a) / Muerto (a)	Abuso de Alcohol	Alergias	Alzheimers	Anemia	Artritis	Asma	Cancer cerebral	Infección Crónica	Cancer del colon	Depresión	Diabetes	Emfisema	Glaucoma	Perdida de la audición	Enfermedad del corazon	Hemocromatosis	Hiperlipidemia	Hipertensión	Cancer del pulmón	Enfermedad Renal	Enfermedad Mental	Neurofibromatosis	Obesidad	Osteoporosis	Convulsiones	Anemia celulas falciformes	Derrame Cerebral	Cancer de Tiroides	Cancer del Utero	Cancer
Madre																															
Padre																															
Hermana																															
Hermano																															
Hija																															
Hijo																															
Tia Maternal																															
Tio Maternal																															
Tia Paternal																															
Tio Paternal																															
Abuela Maternal																															
Abuelo Maternal																															
Abuela Paternal																															
Abuelo Paternal																															

Abstraction Encounter Form |

Fecha: / / **Nombre del Paciente:** _____ **Fecha de Nacimiento** / /

Historia Social:

Uso de Alcohol: Si No

Bebidas:

#	Vasos de vino:	diario/ semanal/ mensual
#	Latas/botellas de cerveza:	diario/ semanal/ mensual
#	Tragos de licores:	diario/ semanal/ mensual
#	Bebidas conteniendo 0.5 oz de alcohol	diario/ semanal/ mensual

Uso de Drogas: Si No _____

Uso de tabaco Si No

Typo de tabaco:	Cigarillos		Cigarros		Pipa de tabaco		
Paquetes/Diario	0.25	0.5	1	1.5	2	3	_____
No. de Años:	0.5	1	2	3	4	5	10 15 _____
Fecha de dejar de fumar	_____						

Implantes: _____

Lista de problemas: _____

Inmunización: _____

√ Close Encounter

√ Fecha: _____ Revisado por Asistente Clinico _____

√ Fecha: _____ Revisado por Dr. _____

(abstract_spanish_pg3)

