

Universidad de Wyoming

Programa de residencia de medicina familiar

820 East 17th Street
Cheyenne, WY 82001
(307) 632-2434

Información médica del paciente ingesta inicial

El nombre y apellidos: _____

La fecha de Nacimiento: _____

¿Qué estás aquí para ver al médico para _____

Medicamentos actuales

Medicamento	Dosis	Con qué frecuencia	Medicamento	Dosis	Con qué frecuencia
Ejemplo: Lisinopril	10mg	Una vez al día			

¿alergias a medicamentos? Si / No

Si es así, ¿qué medicación, qué reacción?

Enumere por favor cualquier historial médico del pasado

Por favor enumere cualquier cirugía

Por favor enumere el historial familiar (ejemplo, madre con diabetes) Por favor enumere solamente los problemas médicos para los padres, los hermanos, o los abuelos

Por favor marque las casillas que se aplican a su situación social: por favor marque todos los que apliquen

- ¿Estás sin hogar? Si No
- Soltero Divorciado
 Casado Viudo
- Empleado Desempleado Retirado Discapacitado

La ocupación _____

Factores de riesgo médicos: por favor marque todos los que apliquen

Uso del tabaco:

- De Actualidad
año de inicio _____
tipo de tabaco _____
cantidad por día _____
- Dejar
Año de abanono _____
¿Cuánto tiempo fumaste? _____
- Humo pasivo expoxure ¿cuántos años? _____

Uso del alcohol

- Si El tipo _____ cantidad por día _____
 No

Uso ilegal de drogas

- Si
 No

¿alguna vez has tenido

La Colonoscopia

- Si Si es así, cuando/donde _____
 No

(Para mujar)

La Mamografía

- Si Si es así, cuando/donde _____
 No

El Frotis

- Si Si es así, cuando/donde _____
 No