

## VENTURA COUNTY HEMATOLOGY ONCOLOGY SPECIALISTS

Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

HISTORIA MÉDICA			AÑO	COMENTARIOS
Anemia	SI	NO		
Asma	SI	NO		
Fibrilación atrial	SI	NO		
Artritis	SI	NO		
Hipertrofia prostática benigna	SI	NO		
Cáncer (tipo: _____)	SI	NO		
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)	SI	NO		
Falla crónica de los riñones	SI	NO		
Problema de la coagulación de sangre	SI	NO		
Insuficiencia cardíaca congestiva	SI	NO		
Enfermedad de las arterias coronarias	SI	NO		
Depresión	SI	NO		
Tipo I de la diabetes	SI	NO		
Diverticulitis	SI	NO		
Diverticulosis	SI	NO		
Cálculos biliares	SI	NO		
Enfermedad del reflujo de ácidos gástricos	SI	NO		
Hepatitis A	SI	NO		
Hepatitis B	SI	NO		
Hepatitis C	SI	NO		
Hiperlipidemias	SI	NO		
Hipertensión	SI	NO		
Hipertiroidismo	SI	NO		
Hipotiroidismo	SI	NO		
Enfermedad del riñón	SI	NO		
Piedras del riñón	SI	NO		
Obesidad	SI	NO		
Osteoartritis	SI	NO		
Osteopenia	SI	NO		
Osteoporosis	SI	NO		
Neuropatía periférica	SI	NO		
Enfermedad vascular periférica	SI	NO		
Convulsión	SI	NO		
Derrame cerebral	SI	NO		
Talasemia	SI	NO		
Trombocitosis	SI	NO		
Otro:				
<b>ALERGIAS:</b>				

## VENTURA COUNTY HEMATOLOGY ONCOLOGY SPECIALISTS

Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

HISTORIA DE CIRUGIA			AÑO	COMENTARIOS
Colocación de AICD (Defibrilador automático)	SI	NO		
Apendectomía	SI	NO		
Biopsia de la médula	SI	NO		
Trasplante de la médula	SI	NO		
Biopsia del pecho	SI	NO		
Implante del pecho	SI	NO		
Sección cesariana	SI	NO		
Retiro de la catarata	SI	NO		
Colecistectomía	SI	NO		
Colonoscopia	SI	NO		
Operación de las arterias coronarias	SI	NO		
Cirugía de exploración	SI	NO		
Digital rectal	SI	NO		
Colocación de Groshong	SI	NO		
Hemicolectomía	SI	NO		
Reparación de la hernia	SI	NO		
Histerectomía	SI	NO		
Colocación de Infusaport	SI	NO		
Laminectomía	SI	NO		
Lobectomía (quitar parte de un pulmón)	SI	NO		
Diagnóstico lumbar de la puntura	SI	NO		
Lumpectomía	SI	NO		
Reducción del seno	SI	NO		
Mastectomía	SI	NO		
Colocación de los marcapasos	SI	NO		
Paracentesis	SI	NO		
Colocación de PICC	SI	NO		
Pneumonectomía	SI	NO		
Prostatectomía completa	SI	NO		
PSA	SI	NO		
Taburete oculto	SI	NO		
Radioterapia	SI	NO		
Trasplante de células madre	SI	NO		
Toracentesis	SI	NO		
Amigdalectomía	SI	NO		
Ligadura de Tubal	SI	NO		
Endoscopia del intestino inferior	SI	NO		
Endoscopia del intestino superior	SI	NO		
TURP (Prostatectomía por endoscopia)	SI	NO		
Vasectomía	SI	NO		
Otros procedimientos:				

## VENTURA COUNTY HEMATOLOGY ONCOLOGY SPECIALISTS

Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

<b>GINOECOLÓGICO</b>				
# de embarazos				
# de nacimientos				
Edad del primer nacimiento				
# de embarazos interrumpidos				
Edad de empezar a menstruar				
La fecha del período menstrual pasado				
Longitud menstrual				
Estado de la menopausia: (Círculo uno) Pre Peri Poste Desconocido				
Edad en la menopausia	Razón			
¿Usted tome las hormonas?	SI	NO		
Uso de las hormonas anticonceptivas	SI	NO	los # de años de utilizar el _____	
Uso de las hormonas después de la menopausia	SI	NO	los # de años de utilizar el _____	
El otro uso de las hormonas	SI	NO	los # de años de utilizar el _____	
Fecha de la prueba de PAP pasada				
Fecha de la prueba pasada del mamografía				
<b>ANOTECEDENOTES FAMILIARES</b>				
			<b>EDAD</b>	<b>PROBLEMAS MÉDICOS</b>
<i>Circule por favor A para vivo, D para los difuntos. Incorpore la edad actual o la edad de la muerte Si de problemas médicos</i>				
Madre	A	D		
Abuela maternal	A	D		
Abuelo maternal	A	D		
Padre	A	D		
Abuela paternal	A	D		
Abuelo paternal	A	D		
Hermanas (# de hermanas: _____)	A	D		
Hermanos (# de hermanos: _____)	A	D		
<b>HISTORIA SOCIAL</b>				
¿Usted fuma?	Si	NO		
Los años de haber fumado				
# de paquetes por día				
Los años desde que dejo de fumar				
¿Usted bebe el alcohol?	SI	NO		
# de días por semana que lo bebe				
# de bebidas por día				
Los años desde que dejo de beber				
¿Usted tiene contacto con el material peligroso?	SI	NO	Tipo:	
Estado civil				
Ocupación				

Firma \_\_\_\_\_