

**PROVIDERS: Please input pertinent information into the EMR from this sheet. Your initials  
are destroyed.**



**Salina Family Healthcare Center**  
*A Federally Qualified Community Health Center*

651 E. Prescott, Salina, KS 67401  
Medical Center ~ (785) 825-7251  
Dental Center ~ (785) 826-9017

**SALINA Family Health CARE Centro**  
**Historia Personal Médica**

<b>Nombre del Paciente:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>chart#</b>
-----------------------------	---------------	---------------

**Persona llenando la forma:**  
**Relación al Paciente:**  Mismo  Padre  Guardián  Otra

¿Es usted alérgico o tiene una reacción significativa a medicinas?  Si  No

¿Es usted alérgico o tiene una reacción significativa a otros agentes?  Si  No

Si su respuesta fue si, favor de apuntar:

Medicación	Reacción	Otros Agente(s)- Apunte	Reacción

¿Lo han hospitalizado para tratamiento medico?  Si  No

Si su respuesta fue si, favor de apuntar:

Año	Doctor	Lugar	Enfermedad

¿Alguna vez ha tenido una operación (cirugía)?  SI  No

Si su respuesta fue si, favor de apuntar:

Año	Doctor	Lugar	Nombre de operación/cirugía

¿Tiene usted ahora o en el pasado una enfermedad(es), condición, o herida seria?

Un ejemplo seria alta presión, diabetes, enfermedad del corazón, accidentes y heridas, o episodio donde pierde conocimiento.  Si  No

Si su respuesta es si, favor de apuntar:

Condiciones o síntomas	Ahora	pasado	fecha que comenzó/ Comentarios

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿Toma usted medicina prescrita?  Si  No

¿Toma usted medicina que no sea prescrita?  Si  No

¿Toma usted suplementos naturales?  Si  No

¿Toma usted vitaminas?  Si  No

Si su respuesta fue si a cualquier de estas preguntas, por favor apunte abajo:

Nombre de la medicina, suplemento o vitamina	Dosis	Que tan seguido	desde cuando se la toma	Si es prescrito, nombre del doctor que la receto

¿Cuál es su ocupación de ahora?

¿Cuánto tiene? \_\_\_\_\_

¿Que otras ocupaciones ha tenido en el pasado?

<p>¿Usa usted tabaco? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Desde cuando? _____</p> <p>¿Tipo? _____</p>	<p>¿Usa alcohol (cerveza, vino, licor)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Si sí, que tanto, que tan seguido y desde cuando?</p>
<p>¿Usa usted otras sustancias abusivas tal como marihuana, cocaína, amphetamines, heroína u otros narcóticos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si sí, por favor apunte la sustancia y cuanto, que tan seguido, y desde cuando.</p>	<p>¿Alguna vez le han puesto cargos con manejar con influencia de alcohol/ drogas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>

¿Alguien de su familia de sangre inmediata tienen historia de un de lo siguiente?

Si  No Si sí, favor de apuntar la relación y la enfermedad.

<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Tuberculosis	
<input type="checkbox"/> Alta presiona		<input type="checkbox"/> Ataque celebrar	
<input type="checkbox"/> Ataque de corazón		<input type="checkbox"/> Cáncer	
<input type="checkbox"/> Alcoholismo		<input type="checkbox"/> Otro ( apunte)	

¿Hay alguna otra cosa que su proveedor debe de saber sobre su salud?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_