

1. Last Name First Name MI

CONFIDENCIAL

NC Department of Health and Human Services
Public Health Nursing and Professional Development

2. Patient Number									--	H
3. Date of Birth				Month	Day	Year				
4. Race	<input type="checkbox"/> 1. White				<input type="checkbox"/> 2. Black/African American			<input type="checkbox"/> 4. Asian		
	<input type="checkbox"/> 3. American Indian/Alaska Native						<input type="checkbox"/> 6. Other			
	<input type="checkbox"/> 5. Native Hawaiian/Other Pacific Islander							<input type="checkbox"/> Yes		
	Ethnicity: Hispanic/Latino Origin? <input type="checkbox"/> No									
5. Gender	<input type="checkbox"/> 1. Male		<input type="checkbox"/> 2. Female							

FORMULARIO AUTO-HISTORIAL DEL PACIENTE

SI USTED NO ESTA SEGURA/O DE ALGUNA PREGUNTA, DEJELA EN BLANCO Y PIDALE AYUDA A LA ENFERMERA

A. INFORMACION IMPORTANTE (Por favor complete lo siguiente)

1. ¿Cual es la razón de su visita en el día de hoy?	_____									
2. ¿Piensa usted que esta en buen estado de salud?	Si	No								
3. Contacto de emergencia	_____									
4. ¿Podemos comunicarnos con usted por carta?	Si	No	¿Por teléfono?	Si	No	Su número de teléfono es				

5. ¿Va usted a otro medico por alguna razón?	Si	No								
6. ¿Es usted alérgica/o a algo?	Si	No	Si contesta que si, indique							

B. Haga una lista de Enfermedades Serias, Heridas, Hospitalizaciones, Operaciones que usted haya tenido: _____

C. HISTORIA MEDICA SUYA Y DE SU FAMILIA (Por favor escriba una **X** debajo de **USTED** si usted ha tenido alguno de los siguientes problemas de salud. Escriba una **X** debajo de **FAMILIA** si sus padres, abuelos, hermanas, hermanos o alguno de sus hijos han tenido alguno de estos problemas de salud)

USTED / FAMILIA	USTED / FAMILIA
1. Abuso (físico, sexual, verbal o emocional)	17. Hernias
2. Anemia o anemia falciforme, problemas en la sangre	18. Colesterol alto, presión alta, embolia o derrame
3. Anorexia o bulimia u otros trastornos alimenticios	19. VIH o SIDA
4. Artritis, problemas en las coyunturas o en la espalda	20. Problemas de los riñones, vejiga, cálculos renales, diálisis
5. Asma, bronquitis u otros problemas respiratorios	21. Migraña o dolores de cabeza severos
6. Defectos de nacimiento, problemas genéticos, fibrosis	22. Dolor o adormecimiento en los brazos o piernas
7. Sangrado o coágulos en las piernas o pulmones, etc.	23. Incapacidad física
8. Problemas para evacuar (hacer del baño)	24. Problemas con la próstata
9. Bultos, masas, secreción o dolor en los senos (busto)	25. Dolor o sangrado del recto, hemorroides (almorranas)
10. Cáncer o tumores (incluyendo cervical o uterino)	26. Fiebre reumática
11. Depresión, ansiedad, enfermedad mental	27. Ataques
12. Diabetes (problemas del azúcar)	28. Dolor, calambres o úlceras en el estómago
13. Problemas con los ojos, visión borrosa o ve manchas	29. Pensamientos de hacerse daño a sí mismo o a otros
14. Mareos o desmayos	30. Problemas con la tiroides
15. Enfermedades o problemas del corazón, dolor de pecho	31. Transfusiones de sangre o productos de sangre
16. Hepatitis o problemas del hígado, o la vesícula	32. Tuberculosis

Provider/Nurse Comments ONLY:

D. ENFERMEDADES INFECCIOSAS (Por favor marque con una X las enfermedades que haya tenido)

1. Sarampión	6. Varicela	11. Alguna enfermedad por transmisión sexual
2. Paperas	7. Meningitis	12. Otras: _____
3. Rubéola	8. Hepatitis A o B	_____
4. Tétano	9. Fiebre Escarlatina	_____
5. Tosferina	10. Fiebre Reumática	_____

E. HISTORIAL DE VACUNAS	Fecha	Vacuna	Fecha	Otras Vacunas	Fecha
Vacuna contra el tétano	_____	Varicela	_____	_____	_____
Vacuna contra (MMR)	_____	Hepatitis B	_____	_____	_____
Influenza (Gripe)	_____	Pulmonía	_____	_____	_____

Patient Name, #, or DOB
or
Attach Patient Label Here

F. USTED:

- | | | | | |
|--|----|----|---------------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Fuma o usa algún tipo de tabaco? | Si | No | Si contesta si, cuanto _____ | Por cuanto tiempo? _____ |
| 2. ¿Toma alcohol? | Si | No | Si contesta si, cuanto _____ | Por cuanto tiempo? _____ |
| 3. ¿Usa drogas? | Si | No | Si contesta si, cuanto _____ | Por cuanto tiempo? _____ |
| 4. ¿Toma vitaminas con ácido fólico? | Si | No | | |
| 5. ¿Toma suplementos de dieta o de hierbas? | Si | No | Si contesta si, que toma? _____ | |
| 6. ¿Toma alguna medicina (con o sin receta)? | Si | No | Si contesta si, que toma? _____ | |

HOMBRES Y MUJERES:

G. INFORMACION SOBRE SU APETITO/DIETA, EJERCICIOS Y SEGURIDAD

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Come 5 frutas y verduras en el día? | Si | No |
| 2. ¿Come usted menos de 2 comidas en el día? | Si | No |
| 3. ¿Tiene problemas para conseguir comida? | Si | No |
| 4. ¿Se le antoja comer cosas como tierra, arcilla, almidón? | Si | No |
| 5. ¿Hace ejercicios con regularidad (caminar, nadar, correr bicicleta por 30 minutos 3 veces a la semana)? | Si | No |
| 6. ¿Tiene contacto con químicos/otros productos dañinos? | Si | No |
| 7. ¿Usa cinturón mientras maneja o va en un auto? | Si | No |
| 8. ¿Ha habido cambio en su peso de 10 lbs. o más? | Si | No |
| 9. ¿Vive en un lugar seguro? | Si | No |
| 10. ¿Tiene detectores de humo en su casa? | Si | No |
| 11. ¿Está expuesta al humo de segunda mano? | Si | No |
| 12. ¿Tiene problemas de transportación? | Si | No |

H. HISTORIAL SEXUAL Y CONTRACEPTIVOS

- 1) ¿A que edad tuvo relaciones sexuales por primera vez? _____
- 2) ¿Cuándo fue la ultima vez que tuvo relaciones sexuales? _____
- 3) Numero de parejas en los pasados 6 meses _____
- 4) ¿Cuántas parejas de sexo usted ha tenido en total? _____
- 5) ¿Usa condones cada vez que tiene relaciones sexuales? Si No
- 6) Tiene usted relaciones sexuales con:

Hombres solamente	Mujeres solamente	Hombres y Mujeres
-------------------	-------------------	-------------------
- 7) ¿Siente dolor o sangra cuando tiene relaciones sexuales? Si No
- 8) ¿Se inyecta drogas? Si No
- 9) ¿Se ha hecho la prueba para el SIDA? Si No ¿Cuándo? _____
- 10) ¿Quiere que le hagan la prueba para el SIDA hoy? Si No
- 11) ¿Usa drogas su pareja? Si No
- 12) Marque las formas en que tiene relaciones sexuales
vaginal oral anal
- 13) ¿Ha tenido fiebre o escalofríos recientemente? Si No
- 14) ¿Usted o su pareja han tenido alguna enfermedad por transmisión sexual? (gonorrea, sífilis, clamidia, herpes, otra) Si No ¿Cuáles? _____
- 15) ¿Que métodos ha usado usted para evitar el embarazo en el pasado?

Pastillas	Inyecciones	Espuma/Gelatina	Diafragma
Dispositivo	Condomes	Retiro antes de la Eyacuación	
Abstinencia	Otro	Ninguno	
- 16) ¿Que esta usando ahora? _____
- 17) ¿Esta satisfecha con este método? Si No
- 18) Si no lo esta, que método desea? _____
- 19) ¿Usted o su pareja quiere que usted se embarace? Si No

MUJERES SOLAMENTE:

I. HISTORIAL MENSTRUAL/GINECOLOGICA

- 1) ¿A qué edad le empezó su periodo? _____
- 2) ¿Cuándo le empezó su ultimo periodo? _____
- 3) ¿Cuántos días le duro? _____
- 4) ¿Fue normal? Si No
- 5) ¿Con cuanta frecuencia tiene su periodo? _____
- 6) ¿Tiene algún problema con su periodo? _____
- 7) ¿Usa duchas vaginales Si No
- 8) ¿Tiene usted flujo vaginal o mal olor? Si No
- 9) ¿Se examina sus senos? Si No
Si lo hace, con cuánta frecuencia _____
- 10) ¿Se ha hecho alguna vez un examen pélvico? Si No
Fecha de su último examen pélvico _____
- 11) Fecha de su último Papanicolaou _____
- 12) ¿Ha tenido un Papanicolaou anormal? Si No
- 13) ¿Se ha hecho alguna vez un mamograma? Si No

J. HISTORIA OBSTETRICA

- 1) ¿Alguna vez ha estado embarazada? Si No
¿Cuántas veces? _____
- 2) ¿Cuántos niños nacieron de tiempo completo? ____
prematuros? ____ ¿Cuántos nacieron muertos? ____
3. ¿Cuántas veces ha tenido?
Malpartos _____ Abortos _____
- 4) ¿Alguno de sus bebes pesó menos de 5 ½ libras al nacer? Si No
- 5) ¿Alguno pesó más de 9 libras al nacer? Si No
- 6) ¿Está usted dando pecho? Si No
- 7) ¿Tomo su mamá algún tipo de hormonas/medicinas cuando estaba embarazada con usted? Si No
- 8) ¿Tuvo usted una prueba positiva del Estreptococo del Grupo B con algún embarazo anterior?

Provider/Nurse Comments ONLY:

Firma del paciente: _____ Firma del Intérprete: _____ Fecha: _____

Reviewed By: _____ (Nurse's signature) _____ (Date) _____ (Provider's signature) _____ (Date)

PATIENT SELF-HISTORY FORM (DHHS 4060)

- Purpose:** To expedite the collection of health history information.
- Instructions:** This form is to be completed by the client and reviewed by the designated health care provider. The client is to follow the instructions that precede each section. The form is available in both English and Spanish. It is not a mandatory form and may be used at the discretion of the health department.
- Disposition:** This form is to be retained in accordance with the records disposition schedule of medical records as issued by the Division of Archives and History.