

Historial médico

Instrucciones

Para determinar la causa de la depresión, el médico necesita detalles acerca de su historial, incluyendo hábitos higiénicos, medicamentos, problemas médicos anteriores y actuales, así como antecedentes familiares. La información puede obtenerse de la persona en cuestión y/o de sus familiares.

Mi nombre es:

Mi teléfono es:

Historial médico anterior

¿Se ha visto afectado por alguno de los siguientes problemas o patologías? De ser así, ¿cuándo se le detectó por primera vez?

Patología	¿Cuándo?	Sí	No
Enfermedad cardiaca, angina	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de tiroides	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque apopléjico	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Parkinson	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoholismo	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intento de suicidio	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de drogas de venta callejera	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida auditiva o de la visión	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor crónico	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demencia	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerviosismo o ansiedad	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema psiquiátrico	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Episodios de energía extremadamente alta	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historial médico actual

Indique las enfermedades que actualmente padece o por las que en estos momentos recibe tratamiento.

¿Cuándo comenzó?	Patología
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Historial
psiquiátrico**

Indique todas las enfermedades psiquiátricas, o los tratamientos que ha recibido, además de la fecha aproximada de inicio de cada uno de ellos.

Fecha	Enfermedad o tratamiento
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Educación y
empleo**

¿Cuánto tiempo asistió a la escuela? _____

¿Qué tipo de trabajo realizó? _____

¿Ha recibido alguna vez terapia electroconvulsiva (ECT) o de “shock”? No ____ Sí ____

Antecedentes familiares

Indique qué miembros de su familia han padecido alguna de las siguientes enfermedades (indique la relación que tienen con usted, no sus nombres).

Patología

Familiar o familiares

Enfermedad de Alzheimer o demencia

Enfermedad de Parkinson

Depresión

Ataque apopléjico

Enfermedad cardíaca

Cáncer

Diabetes

Enfermedad mental

Suicidio

**Hábitos
higiénicos**

Si alguna vez ha fumado, ¿cuántos paquetes fumaba al día y por cuántos años? _____

Si usted ya no fuma, ¿cuándo dejó de hacerlo?

¿Ingiere bebidas alcohólicas casi todos los días?

_____ No _____

_____ Sí _____

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántos tragos diarios, habitualmente?

(un trago es una cerveza, 6 onzas de vino o dos onzas de licor fuerte)

Si su respuesta a las bebidas alcohólicas ha sido afirmativa, encierre en un círculo la respuesta más adecuada a cada una de las siguientes preguntas.

¿Ha sentido alguna vez que debería dejar de beber? *Sí No*

¿Se ha sentido molesto cuando alguna persona le ha criticado su manera o forma de beber? *Sí No*

¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por beber? *Sí No*

¿Ha comenzado alguna vez el día bebiendo un trago en la mañana para calmar sus nervios o recuperarse de una resaca? *Sí No*

Historial de medicamentos

Indique todos los medicamentos **de prescripción médica** que actualmente ingiere.

Nombre del medicamento	Concentración y veces al día
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Indique todos los medicamentos **de venta libre** que ingiere en estos momentos al menos una vez por la semana.

Nombre del medicamento	Concentración y veces al día
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Revisión de sistemas

¿Se ha visto afectado por alguno de los siguientes problemas durante los últimos meses?

Describa brevemente cualquier problema e indique las fechas aproximadas en que se produjeron. Si necesita más espacio, escriba en el reverso de la hoja. Si no ha sufrido el problema, deje la línea en blanco.

Problema	Descripción, fecha(s)
Nerviosismo extremo	_____
Dolores de cabeza	_____
Dolor	_____
Problemas al tener sexo	_____
Cansancio extremo	_____
Problema grave de salud	_____
Problemas para dormir	_____
Pérdida o aumento de peso	_____
Problemas de memoria	_____
Problemas digestivos	_____
Constipación	_____
Pérdida de un ser querido	_____
Conmoción	_____
Víctima de violencia o abuso	_____
Pérdida o cambio de trabajo	_____
Pérdida de una mascota	_____