
Central Coast Oncology & Hematology
Amy McMullen, MD Michael Yen, MD PhD

Historial Médico

Nombre del Paciente: (Apellido, Nombre) _____

Fecha de Nacimiento: _____

Medicamentos Recetados Actuales <input type="checkbox"/> Ninguno							
Nombre del medicamento	Dosis	# de tabletas	# por día	Nombre del medicamento	Dosis	# de tabletas	# por día

Farmacia Preferida: _____

Medicamentos sin receta:(ejemplos: Tylenol, aspirina, vitaminas, hierbas, etc.) ☐ Ninguno

Alergias (Enumere los medicamentos o alimentos a los que es alérgico y lo que sucede cuando los toma.)

☐ Ninguno

Historia Familiar de Cáncer y Trastornos de la Sangre: ¿Alguno de sus familiares ha sido diagnosticado con algún tipo de cáncer o trastornos de la sangre? Por favor, indique el tipo y la edad al momento del diagnóstico.	
Madre	Tío/tía paterna
Padre	Abuela paterna
Hermano(a)	Abuelo paterno
Hermano(a)	Primos paternos
Hijos/Hijas	Otros familiares con trastornos de interés
Tío/tía materna	
Abuela materna	
Abuelo materno	
Primos maternos	

Central Coast Oncology & Hematology
Amy McMullen, MD Michael Yen, MD PhD

Historia Social

¿Alguna vez ha fumado cigarrillos? ☐ Sí ☐ No Si su respuesta es sí, ____ paquetes por día durante ____ años. Fecha de dejar: _____

¿Actualmente consume alcohol? ☐ Sí ☐ No Si su respuesta es sí, ____ bebidas por día, ____ bebidas por semana.

¿Alguna vez ha tenido problemas para dejar de consumir alcohol? ☐ Sí ☐ No ¿Qué tipo(s) de alcohol consume? _____

¿Alguna vez ha usado drogas recreativas por vía intravenosa? ☐ Sí ☐ No Fecha de último uso: _____

¿Alguna vez ha recibido una transfusión de sangre? ☐ Sí ☐ No Fecha de la última transfusión: _____

Estado civil: _____ Número de hijos: _____ Número de nietos: _____

¿Quién vive actualmente con usted? _____

¿Quién realiza la mayor parte de la cocina y limpieza? _____

Ocupaciones actuales y pasadas: _____

¿Alguna exposición ocupacional o ambiental? ☐ Sí ☐ No Si su respuesta es sí, que tipo: _____

Esta sección es solo para mujeres:

de embarazos: _____ # de nacimientos _____

de hijos amamantados: _____ Cuanto tiempo amamanto? _____ Edad de su primera menstruación: _____

¿Alguna vez recibió tratamientos hormonales de fertilidad? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez ha tomado píldoras anticonceptivas o algún otro método anticonceptivo con hormonas? ☐ Sí ☐ No # de años tomados: _____

Fecha aproximada de la última menstruación: _____ Edad en la menopausia _____

¿Alguna vez ha tomado terapia de reemplazo hormonal? ☐ Sí ☐ No # de años tomados: _____

Uso actual de hormonas: ☐ Sí ☐ No Fecha en que paro de tomar hormonas: _____

Por favor enumere cualquier producto que contenga hormonas que esté utilizando actualmente (ej: píldoras anticonceptivas, DIU, cremas, etc.)
