

# 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.)