

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Motivo de la visita:

Historial social

- ¿Fuma cigarrillos? ¿Cuántos por día? _____
- ¿Consume el tabaco no fumado? _____
- ¿Consume bebidas alcohólicas? Si es así, ¿con qué frecuencia? _____
- ¿Consume drogas? Si es así, ¿con qué frecuencia? ¿Cuáles drogas? _____
- ¿Está usted sexualmente activo? _____
- ¿Está tomando anticonceptivos o usando algún método anticonceptivo? _____
- ¿Sus parejas sexuales son hombres o mujeres? _____
- ¿Tiene más de una pareja sexual hasta este momento?

Historial de medicamentos

- ¿Es alérgico a algún medicamento? _____
- ¿Qué farmacia le gustaría utilizar? Por favor incluya la ciudad y la calle _____
- ¿Qué medicamentos está tomando? Incluya el nombre, la dosis y la frecuencia con la que está tomando dicho medicamento.

Historial

| | |
|---------------------------------|--|
| Antecedentes médicos | |
| Antecedentes quirúrgicos | |
| Historial familiar | |

Evaluación para la depresión *Por favor, responda con un sí o no***PHQ2**

| | |
|--------------------------------------|--|
| Poco interés o placer en hacer cosas | |
| Decaído, deprimido o sin esperanza | |

PHQ-9

| | |
|---|--|
| ¿Ha tenido poco interés o placer en hacer cosas? | |
| ¿Se ha sentido decaído, deprimido o sin esperanza? | |
| ¿Ha tenido problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido o duerme demasiado? | |
| ¿Se ha sentido cansado o tiene poca energía? | |
| ¿Ha tenido poco apetito o ha estado comiendo en exceso? | |
| ¿Se ha estado sintiendo mal consigo mismo, o siente que es un fracaso o que se ha decepcionado a si mismo o a su familia? | |
| ¿Ha tenido problemas para concentrarse en ciertas cosas, como leer el periódico o ver la televisión? | |
| ¿Ha estado hablando o moviéndose tan lento que otras personas se han dado cuenta? O, por lo contrario - ¿ha estado tan inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual? | |
| ¿Ha tenido pensamientos de que estaría mejor muerto, o desea hacerse daño de alguna manera? | |
| ¿Algunas de estas cosas le causan problemas en el hogar, en sus relaciones o en el trabajo? ¿Le afectan en su diario vivir? | |