



Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

La razon de su visita? \_\_\_\_\_

**Historial de Cirugias**

Cirugia	Fecha de cirugia	Notas

**Historial Familiar** Por favor sea especifico si se encuentra en el lado materno o paterno.

Relacion	Problema

Relacion	Problema

Cualquier problema de sangrado en su familia: \_\_\_\_\_

Cualquier problema con la anestesia en su familia: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares de coagulos de sangre: \_\_\_\_\_

Historia familiar de cancer: \_\_\_\_\_

**Medicamentos:** Si no hay suficiente espacio, por favor indique los medicamentos al reverso de esta hoja.

Farmacia: \_\_\_\_\_

Cualquier anticoagulante o aspirina. Si es asi, especifique: \_\_\_\_\_

Medicamento / Dosis	Frecuencia

Medicamento / Dosis	Frecuencia

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Alergias a Medicamentos:**

Nombre de Medicamento	Reaccion

Nombre de Medicamento	Reaccion

**Historial Medico:** (Solamente marque si aplica)

	Si	Notas		Si	Notas
<b>TDAH</b>			Trastornos de desarrollo o de comportamiento		
<b>Dolor abdominal</b>			<b>Diabetes</b>		
<b>Pedida anormal de peso</b>			<b>Dialisis</b>		
<b>Trastornos afectivos</b>			<b>Diarrea</b>		
<b>Alcoholismo</b>			<b>Dificultar al pasar</b>		
<b>Alergias</b>			<b>Problemas digestivos</b>		
<b>Anemia</b>			<b>Diverticulitis</b>		
<b>Anorexia</b>			<b>Problemas del oido/audicion</b>		
<b>Trastornos de ansiedad</b>			<b>Embarazo ectópico</b>		
<b>Aneurisma aortico</b>			<b>Problemas Emocionales</b>		
<b>Appendicitis</b>			<b>Enfisema</b>		
<b>Disminucion de apetito</b>			<b>Epilepsia</b>		
<b>Arritmia</b>			<b>Fibromialgia</b>		
<b>Artritis</b>			<b>Enfermedades Gastrointestinales</b>		
<b>Asma/problemas Respiratorios</b>			<b>ERGE/reflujo ácido</b>		
<b>Fibrilacion Auricular</b>			<b>Sarampión alemán</b>		
<b>Aleteo Auricular</b>			<b>Glaucoma</b>		
<b>Problemas de riñon/vejiga</b>			<b>Bocio</b>		
<b>Trastornos de la sangre</b>			<b>Gonorrea</b>		
<b>Hinchazon</b>			<b>Gota</b>		
<b>Enfermedades en la sangre</b>			<b>VIH positivo</b>		
<b>Cambios digestivos</b>			<b>Dolor de cabeza/mareos</b>		
<b>Masa/quiste en el seno</b>			<b>Ataque de corazon</b>		
<b>Huesos Rotos</b>			<b>Enfermedades del corazon</b>		
<b>Bronquitis</b>			<b>Valvula/ Soplo cardiaco</b>		
<b>Bulimia</b>			<b>Hemorroides</b>		
<b>Empolio cerebral</b>			<b>Hepatitis (agudo o cronico)</b>		
<b>Cancer</b>			<b>Hernia(s)</b>		
<b>Problema de arteria carotida</b>			<b>Colesterol alto</b>		
<b>Cataratas</b>			<b>Alta Presion</b>		
<b>Dependenica quimica/drogas</b>			<b>Tiroides Alto</b>		
<b>Varicela</b>			<b>Tiroides Bajo</b>		
<b>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</b>			<b>Incontinencia: fecal</b>		
<b>Dolor Cronico</b>			<b>Incontinencia: urinaria</b>		
<b>Estreñimento</b>			<b>Indigestion</b>		
<b>Enfermedad arteria coronaria</b>			<b>Enfermedad Renal</b>		
<b>Thrombosis venosa profunda</b>			<b>SARM (infección en la piel)</b>		
<b>Depresion</b>			<b>Sarampión</b>		

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historial Medico:** (Continuo) Solamente marque si aplica.

Migraña/dolor de cabeza			Embolia Pulmonar		
Aborto espontaneo			Sangrado Rectal		
Mononucleosis infecciosa			Enfermedad por Reflujo		
Llagas en la boca			Fiebre reumática		
Esclerodis multiple			Fiebre escarlata		
Paperas			Convulsiones		
Problema de musculo/hueso			Lesiones Serias / traumáticas		
Trauma nasal			Enfermedad de transmision sexual		
Nauseas			Cancer de piel		
Nausea/Vomito			Problemas de piel		
Transplante de organos			Apnea del sueño (ronquidos)		
Osteopenia			Intento de suicidio		
Osteoporosis			Falta de aliento		
Marcapasos			Inflamacion de anginas		
Ulceras Pepticas			Tuberculosis		
Problema vascular periferico			Fiebre tifoidea		
Pulmonia			Ulceras		
Polio			Infección via urinaria		
Poliomielitis			Infecciones vaginales		
Menopausia			Problemas de vision o de ojos		
Problemas de Prostata			Vomito con sangre		
Problemas Psiquiátricos			Otros Problemas:		

**Historial Social:**

Ocupacion					Notas	
Educacion					Notas	
Puede cuidar de si mismo?	Si		No		Notas	
Toma Alcohol?	No	Occional	Moderado	Excesivo	Años de uso:	
Special Diet (eg: vegan)					Notas	
Nivel de ejercicio	No	Occ	Mod	Excesivo	Notas	
Ingesta de cafeina	No	Occ	Mod	Excesivo	Notas	
No recusitar	Si	No			Notas	
Vive solo o con otros?					Notas	
Uso de Drogas Ilicitas	Si	No			Años de uso:	
Drogas productos recreativo	Si	No			Años de uso:	
Nivel de estres	Bajo	Med	Alto		Notas	
Actividades Deportivas	Si	No			Notas	
Activo/a sexualmente?	Si		No		Notas	
Sexo con proteccion?	Si		No		Notas	
Antecedentes de abuso	Si		No		Notas	
Current Abuse	Si		No		Notas	
Abuso actual	Verbal		Fisico	Emocional	Notas	
Estado de tabaquismo/ Vapeo /mascando tabaco	Never	Former	Current Daily	Current Sporadic	Años de uso:	Cuanto?

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de la última vacuna contra la influenza: \_\_\_\_\_

Fecha de la última vacuna contra la neumonía: \_\_\_\_\_

**Detección de cáncer de colon:** S  N  Fecha de proyección: \_\_\_\_\_

Tipo:

Colonoscopia     Sigmoidoscopia flexible     Análisis de sangre oculta en heces

Cualquier polipo o biopsia realizada:   Especificar: \_\_\_\_\_

Hallazgos anormales: \_\_\_\_\_

---

Tiene alergia a alguno de los siguientes:

Latex

Yodo, cuando: \_\_\_\_\_

Contraste intravenoso, cuando: \_\_\_\_\_

Adhesivos, tipo: \_\_\_\_\_

No alergias conocidas

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### REVISION DE SISTEMAS

Por favor, indique si usted actualmente tiene o ha tenido historia de lo siguiente:

#### CONSTITUCIONAL

- \_\_\_ Exceso de pérdida de peso
- \_\_\_ Exceso de peso
- \_\_\_ Fiebre
- \_\_\_ Intolerancia al ejercicio
- \_\_\_ Sudoración nocturna

#### ENT y OJOS

- \_\_\_ Dolor de garganta
- \_\_\_ Ronquidos
- \_\_\_ Sinusitis
- \_\_\_ Hipoacusia
- \_\_\_ Dolor de oído
- \_\_\_ Sangrado Nasal
- \_\_\_ Cambios en la visión
- \_\_\_ Ojos secos

#### CARDIOVASCULARES

- \_\_\_ Dolor en el pecho
- \_\_\_ Dolor con esfuerzo del brazo
- \_\_\_ falta de aire al caminar
- \_\_\_ dificultad para respirar al acostarse
- \_\_\_ Palpitaciones
- \_\_\_ Soplo cardíaco

#### RESPIRATORIA

- \_\_\_ Tos
- \_\_\_ Sibilancias
- \_\_\_ Dificultad respiratoria.
- \_\_\_ Tosiendo sangre

#### GASTROINTESTINAL

- \_\_\_ El cambio en el apetito
- \_\_\_ Ardor de estómago
- \_\_\_ Náuseas
- \_\_\_ Vómitos
- \_\_\_ Estreñimiento
- \_\_\_ Diarrea
- \_\_\_ Sangre en las heces
- \_\_\_ Dolor abdominal
- \_\_\_ Ulceras

#### GENITOURINARIAS

- \_\_\_ Incontinencia
- \_\_\_ Sangre en orina
- \_\_\_ Frecuencia
- \_\_\_ Dificultad para orinar

#### APARATO LOCOMOTOR

- \_\_\_ Hinchazón en las extremidades
- \_\_\_ Dolor de espalda
- \_\_\_ Dolor en las articulaciones
- \_\_\_ Debilidad de músculo
- \_\_\_ Dolores musculares

#### PIEL

- \_\_\_ Erupciones
- \_\_\_ Lunares anormales
- \_\_\_ Picazón
- \_\_\_ Piel seca
- \_\_\_ Ictericia

#### NEUROLÓGICOS

- \_\_\_ Desmayos
- \_\_\_ Debilidad de músculo
- \_\_\_ Entumecimiento
- \_\_\_ Dolores de cabeza
- \_\_\_ Accidente Cerebrovascular
- \_\_\_ Mareos
- \_\_\_ Convulsiones

#### PSIQUIÁTRICA

- \_\_\_ Depresión
- \_\_\_ Disturbio del sueño
- \_\_\_ Se sienten inseguros
- \_\_\_ Abuso de alcohol
- \_\_\_ Ansiedad

#### SISTEMA ENDOCRINO

- \_\_\_ Fatiga

#### HEMATOLÓGICAS

- \_\_\_ Moretes fácilmente
- \_\_\_ Glándulas hinchadas
- \_\_\_ Historia de coágulos de sangre

#### ALÉRGICO

- \_\_\_ Rinorrea
- \_\_\_ Presión sinusal
- \_\_\_ Picazón
- \_\_\_ Colmenas
- \_\_\_ Estornudos frecuentes

#### OTRO: (por favor indique)

- \_\_\_ Uso de esteroides
- \_\_\_ Asma
- \_\_\_ Infarto
- \_\_\_ Hipertensión arterial
- \_\_\_ Enfermedad tiroidea
- \_\_\_ Anemia

---

---

---

---

---