



Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

La razon de su visita? _____

Historial de Cirugias

Cirurgia	Fecha de cirugia	Notas

Historial Familiar: Por favor sea específico si se encuentra en el lado materno o paterno.

Relacion	Problema

Relacion	Problema

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

Farmacia: _____

Medicamento / Dosis	Frecuencia

Medicamento / Dosis	Frecuencia

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Alergia a medicamento	Reaccion

Alergia a medicamento	Reaccion

Nombre: _____

Fecha: _____

Historial Medico (Solamente marque Si aplica)

	Si	Notas		Si	Notas
TDAAH			Ataque de corazon		
Dolor abdominal			Enfermedades del corazon		
Perdida anormal de peso			Valvula/ Soplo cardiaco		
Trastornos afectivos			Hemorroides		
Alcoholismo			Hepatitis (agudo o cronico)		
Alergias			Hernia(s)		
Anemia			Colesterol alto		
Anorexia			Alta Presion		
Trastornos de ansiedad			Tiroides Alto		
Aneurisma aortico			Tiroides Bajo		
Apendicitis			Incontinencia: fecal		
Disminucion de apetito			Incontinencia: urinaria		
Arritmia			Indigestion		
Artritis			Enfermedad Renal		
Asma/problemas Respiratorios			Ulceras de la pierna/pie		
Fibrilacion Auricular			Enfermedad hepatica		
Aleteo Auricular			SARM (infección en la piel)		
Problemas de riñon/vejiga			Sarampion		
Trastornos de la sangre			Migraña/dolor de cabeza		
Hinchazon			Aborto espontaneo		
Enfermedades en la sangre			Mononucleosis infecciosa		
Cambios digestivos			Llagas en la boca		
Masa/quiste en el seno			Esclerodis multiple		
Huesos Rotos			Paperas		
Bronquitis			Problema de musculo/hueso		
Bulimia			Trauma nasal		
Empolio cerebral			Nauseas		
Cancer			Nausea/Vomito		
Problema de arteria carotida			Transplante de organos		
Cataratas			Osteopenia		
Dependenica quimica/drogas			Osteoporosis		
Varicela			Marcapasos		
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica			Ulceras Pepticas		
Dolor Cronico			Problema vascular periferico		
Estreñimento			Pulmonia		
Enfermedad arteria coronaria			Polio		
Thrombosis venosa profunda			Poliomielitis		
Depresion			Menopausia		
Trastornos de desarrollo o de comportamiento			Problemas de Prostata		
Diabetes			Problemas Psiquiátricos		
Dialisis			Embolia Pulmonar		
Diarrea			Sangrado Rectal		
Dificultar al pasar			Enfermedad por Reflujo		
Problemas digestivos			Fiebre reumática		

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Diverticulitis			Fiebre escarlata		
Problemas del oído/audición			Convulsions		
Embarazo ectópico			Lesiones Serias / traumáticas		
Problemas Emocionales			Enfermedad de transmisión sexual		
Enfisema			Cáncer de piel/o problemas de piel		
Epilepsia			Apnea del sueño (ronquidos)		
Fibromialgia			Intento de suicidio		
Enfermedades Gastrointestinales			Falta de aliento		
Enfermedad genitourinaria			Inflamación de anginas		
ERGE/reflujo ácido			Tuberculosis		
Sarampión alemán			Fiebre tifoidea		
Glaucoma			Úlceras		
Bocio			Infección vía urinaria		
Gonorrea			Infecciones vaginales		
Gota			Problemas de visión o de ojos		
VIH positivo			Vómito con sangre		
Dolor de cabeza/mareos					

Historial Social

Ocupación					Notas	
Educación					Notas	
Capaz de cuidar de sí mismo?	Sí		No		Notas	
Toma Alcohol?	No	Ocasional	Moderado	Excesivo	Años de uso:	
Dieta especial	Regular		Vegetariano		Notas	
Nivel de ejercicio	No	Ocasional	Moderado	Excesivo	Notas	
Cafeína	No	Ocasional	Moderado	Excesivo	Notas	
No recusitar	Sí		No		Notas	
Vive solo o con otros?	Solo/a		Con Otros		Notas	
Uso de drogas ilícitas	Sí		No		Años de uso:	
Nivel de estrés	Bajo		Med	Alto	Notas	
Actividades Deportivas	Sí				Notas	
Activo/a sexualmente?	Sí		No		Notas	
Sexo con protección?	Sí		No		Notas	
Antecedentes de abuso	Sí		No		Notas	
Abuso actual	Sí		No		Notas	
Tipo de abuso	Verbal		Físico	Emocional	Notas	
Consumo de Tabaco?	Nunca	Anterior	Actual	Espontáneo	Años de uso:	Cuanto Fuma?:

Vacuna contra la gripe: _____ Vacuna contra la neumonía: _____

Detección del cáncer de colon: _____ Fecha de examen: _____

Tipo de examen: Colonoscopia Sigmoidoscopia Flexible Prueba de sangre oculta fecal

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
