



Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

La rason de su visita?: _____

Qué médico solicita su consulta?: _____

Su medico particular? _____

HISTORIAL MEDICO: Por favor anote sus problemas médicos actuales y pasados:

HISTORIA QUIRURGICA: Por favor anote todas las cirugias:

Cirurgia	Fecha

Cirurgia	Fecha

ESTUDIOS CARDIACOS: Por favor anote todos los estudios cardiacos que ha tenido:

Nombre de Estudio	Fecha

Nombre de Estudio	Fecha

ALERGIAS:

Alergia a medicamento	Reaccion

Alergia a medicamento	Reaccion

Fecha de la vacuna contra la gripe: _____ Fecha de la vacuna contra la neumonía: _____

Vitals: (for office use only)

Height: _____ Weight: _____ Pulse: _____ SpO2: _____ BP: _____ Temp: _____

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
