



FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

DEBE SER RELLENADO ANTES DE LA VISITA

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

MR#: _____

Historia de la Enfermedad Actual

Cuál es la razón de su visita:

Historia Médica Pasada

Por favor, enumere los problemas médicos actuales y pasados por los que ha sido tratado:

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Alergia o Asma | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Apoplejía |
| <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del Tiroides | <input type="checkbox"/> Reaccion a la Anestesia | | | |

Enfermedad o Problema Medico	Médico que le Trato

Historia Pasada de Cirugía

Cirugía	Hospital	Año

Medicación Actual

Por favor, enumere todos los medicamentos que está tomando, incluyendo aquellos que usted compra sin receta médica (como aspirina, pastillas para el resfriado, suplementos nutricionales y / o medicamentos herbales)

Nombre	Dosis	Frecuencia

Alergias y Sensibilidades

Haga una lista de cualquier alergia a los medicamentos o alimentos que pueda tener e indique cómo cada uno de ellos afecta.

Alérgico a	Reacción

No se conocen alergias a medicamentos

Historia Familiar

Padre Vivo Fallecido - Edad al momento de la muerte _____ Causa _____
Madre Vivo Fallecido - Edad al momento de la muerte _____ Causa _____

* Enumere cualquier otra enfermedad en su familia incluyendo diabetes, enfermedad cardíaca, cáncer, apoplejía, problemas de tiroides, etc.

Miembro Familiar

_____ Vivo Fallecido - Edad al momento de la muerte _____ Enfermedad _____
_____ Vivo Fallecido - Edad al momento de la muerte _____ Enfermedad _____
_____ Vivo Fallecido - Edad al momento de la muerte _____ Enfermedad _____
_____ Vivo Fallecido - Edad al momento de la muerte _____ Enfermedad _____

Historia Social

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Numero de Hijos _____

Algún riesgo ocupacional? (como el ruido o la exposición a sustancias químicas): Sí No Si la respuesta es Sí, cuál: _____

Fuma o ha fumado alguna vez: Si No Cuánto _____ # de Años _____ Cuándo lo dejó? _____

Bebe o ha bebido alguna vez: Si No Cuánto _____ # de Años _____ Cuándo lo dejó? _____

Mujeres

Edad en el primer período _____ Edad en el último período _____ Número de embarazos _____ Número de nacidos vivos _____

Edad en el primer embarazo _____

Historia Nutricional

¿Ha habido un cambio en su apetito en los últimos 6 meses? Si No

¿Ha ganado o perdido peso (más de 10 libras) en 1 mes sin querer? Si No

En caso afirmativo, ¿cuánto ganó o perdió? _____

¿Está contento con tu peso? Si No

Si no esta contento, ¿está usted en un programa de dieta y ejercicio? Si No

Para las mujeres: ¿Está tomando calcio extra? Si No

Revisión por Sistemas

____ Ojos (gafas/lentes de contacto, lagrimeo excesivo, vision doble)

____ Piel (picazón, sarpullido, cambio de lunares / marcas de nacimiento)

____ Oreas / Nariz / Garganta (pérdida o dificultad para oír, timbre, secrecion, dolor de garganta, dentaduras postizas, dolor de dientes, dolor en los senos)

____ Pulmones (tos, disnea, prueba positiva de TB, sibilancias, escupir sangre)

____ Corazón (dolor en el pecho, palpitaciones / palpitaciones del corazón, dificultad para respirar por la noche, hinchazón en el tobillo)

____ Hematológico / Linfático (moretones fáciles, ganglios linfáticos hinchados)

____ Musculoesquelético (dolor, debilidad, deformidad, hinchazón de las articulaciones, espasmos, dolor de espalda crónico, falta de amplitud de)

____ Gastrointestinal (vómito, dificultad para tragar, dolor abdominal, sangre en las heces, acidez estomacal, úlceras, hemorroides)

____ Endocrino (excesivo calor/frío, siempre con sed/hambre)

____ Psicológico (nerviosismo, ansiedad, depresión, pesadillas, problemas para dormir, pérdida de memoria)

____ Sistema Nervioso (lesión en la cabeza, convulsiones, pérdida de la coordinación)

____ Mujer: Vagina/Orina (picazón/ardor, flujo vaginal, ETS / ITU, periodos irregulares/embarazo, micción frecuente)

____ Masculino: Genitales/Orina (hernia, secreción del pene, dolor/bulto en los testículos, STD / UTI, cálculos renales)