

Nombre del paciente: _____

Doctor de Referencia: _____

Altura _____ Peso _____ La presión de sangre mas reciente _____

¿Está diagnosticado o está recibiendo tratamiento para? (Por favor, marque todo lo que tiene)

Alta Presión Diabetes Colesterol Cáncer Hipotiroidio Arritmia
Insuficiencia Cardíaca Congestiva Asma Embarazo VIH/SIDA Insuficiencia renal Apnea del sueño
Otro:

¿Lo han tratado para? (marque todo lo que tiene)

Ceguedad Sorderad/Dificultad de audición Dolor de Cabeza Migraña
Epilepsia/Convulsiones Paraplejia/Cuadriplejia
Angina de pecho Prolapso de la válvula mitral Paro cardíaco
Embolio Fibrilación Auricular Fiebre reumática
Coagulación pobre de la sangre Anemia Anemia Drepanocítica
EPOC/Enfisema Tuberculosis Neumonía
Artritis Fibromialgia Lupus
Colitis Pólipo del colon Cirrosis hepática Diverticulitis
Cálculos biliares Hepatitis Úlceras de estomago Pancreatitis
Trastorno de la tiroides
Incontinencia Urinaria Próstata
Adicción a las drogas Alcoholismo Otro: _____

CANCER: Piel Cerebro Boca Garganta Pulmón/es Pecho Estomago Colon Vejiga
 Riñón Ovario/s Uterino Hueso Muscular Melanoma

HISTORIAL MEDICO PARA NINOS:

Embarazo Difícil Nacimiento Prematuro Retraso en el desarrollo Retraso del habla
Hiperactividad Orinarse en la cama Infecciones de oído Ronquido Desequilibrio Alergias Ambientales
Otro:

Por favor marque las cirugías que ha tenido:

Ojos: Glaucoma Catarata
Oídos, Nariz: Septoplastia Rinoplastia Nariz Anginas UPPF Paladar
Cuello: Laringe Tiroides Carotidas
Ortopédico: Espina Dorsal Espina Otra Reparación de Articulación Re-emplazo de Articulación
Corazón: Válvula Stent Circulación Extracorpórea
Pulmones: Lóbulo
Abdomen: Hígado Bazo Estomago Riñón Vejiga Vesícula Biliar
 Colon Ovario/s Histerectomía Próstata
Cáncer de la Piel Otro _____

Por favor marque todos los síntomas que tiene actualmente:

- General

Fatiga Fiebre Pérdida de cabello Crecimiento Excesivo de cabello
Sudor Nocturno Temblores Sudores Pérdida de Peso Problema de Peso
Otro

- Piel

Comezón Erupción Llaga Espesamiento de la piel Cambios en las unas Nuevas lesiones/lunares
Otro

- Ojos

Cambios en la visión Dolor en los ojos Secreción Sequedad en los ojos Diminución de la visión
Otro

- Oídos, Nariz y Garganta

Dolor de garganta Timbre en los oídos Dificultades de audición Hemorragias Nasales
Congestión Infección en los sinus Glándulas Hinchadas
Otro

- Pulmones/respiración

Toz Toz con Sangre Falta de Aire Ronquidos Resollar
Otro

- Cardiovascular/Corazón

Dolor de Pecho Hinchazón de tobillos Mareos Pálpitos de corazón irregulares
Otro

- Gastrointestinal

Indigestión/Acidez Dolor Abdominal Nausea Vómitos
Sangre en las heces Constipación Diarrea Dificultad para tragar
Otro

- Sistema Urinario

Quemazón en la Orina Sangramiento en la orina Dificultad para Orinar
Otro

- Ginecológico

Menstruación Irregular Preocupación de Menopausia Calor Repentino Infertilidad
Otro

- Musculo/Esquelético

Dolor de Espalda Rigidez/Dolor de Huesos Dolor en las Piernas Debilidad Muscular
Otro

- Salud Mental

Ansiedad Depresión Dificultad para Concentrarse Insomnio
Otro

- Neurológico

Pérdida de Memoria Mareos Pérdida de sensación Temblor Dolor de Cabeza/Severas Otro

- Endocrino

Sed excesiva	Orinación frecuente	Intolerancia al Calor/Frío	Dilatación de
Tiroides/Bocio			
Otro			

- Linfático

Moretones con facilidad	Coágulos de sangre	Inflamación de ganglios linfáticos
Otro		

- Alérgico/Inmunológico

Alergias/Fiebre del heno	Urticaria/Ronchas
Otro	

- **Historia Familiar:**

Hipertensión:	Padre	Madre	Hermano/a	Abuela	Abuelo
Enfermedad del Corazón:	Padre	Madre	Hermano/a	Abuela	Abuelo
Embolio:	Padre	Madre	Hermano/a	Abuela	Abuelo
Diabetes:	Padre	Madre	Hermano/a	Abuela	Abuelo
EPOC:	Padre	Madre	Hermano/a	Abuela	Abuelo
Enfermedad del Tiroides:	Padre	Madre	Hermano/a	Abuela	Abuelo
Cáncer de Cabeza/Cuello:	Padre	Madre	Hermano/a	Abuela	Abuelo
Otro Cáncer:	Padre	Madre	Hermano/a	Abuela	Abuelo
Pérdida de Audición:	Padre	Madre	Hermano/a	Abuela	Abuelo
Mareos:	Padre	Madre	Hermano/a	Abuela	Abuelo
Otro					

- **Historia Social:**

Estado Civil:	Soltero/a	Casado/a	Divorciado/a	Viudo/a		
Empleo:	Tiempo Completo	Tiempo Parcial	Desempleado	Ama de Casa	Retirado/a	Estudiante
Ejercicio:	Regularmente	Ocasionalmente	Nunca			
Bebidas Alcohólicas (semana):		Nunca	1-3	4-7	8+	
Drogas Ilícitas:		Nunca	Ex/Antes	Actual		

Depresión: *¿En las últimas 2 semanas. Se ha sentido desesperado, deprimido/a, sin esperanza, con poquito interés o sin placer en hacer cosas?* Si No

Fumar:	Diario	Frecuente	Ex fumador	Nunca	Me niego a mencionar
--------	--------	-----------	------------	-------	----------------------

