

Historial Médico

Paciente nuevo

Fecha de hoy _____
Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____
MR# _____

Gracias por elegir nuestra clínica.

Favor de llenar TODAS las secciones

Médico de atención primaria (PCP) _____ Teléfono del Médico _____

Farmacia preferida _____ Teléfono de la farmacia _____

¿Quién lo refirió a nosotros? _____

1. Problema principal: Describa la razón por su visita hoy.

2. Historial médico pasado: ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas? : (marque todos los que apliquen)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporosis/Osteopenia | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular /Miniaccidente | <input type="checkbox"/> Calcos renales |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

3. Cirugías anteriores: Enumere todas sus cirugías anteriores

Cirugía _____ Año _____

Cirugía _____ Año _____

Cirugía _____ Año _____

4. Embarazos

¿Está embarazada? No Sí Fecha de parto: _____ Su última período menstrual: _____

¿Embarazos? No Sí ¿Cuántos hijos tiene? _____

¿Está amamantando? No Sí

5. Hospitalizaciones anteriores: Enumere sus hospitalizaciones anteriores

Año _____ Motivo _____ Hospital _____

Año _____ Motivo _____ Hospital _____

Año _____ Motivo _____ Hospital _____

6. Medicamentos: Enumere todos los medicamentos y suplementos que toma o usa

Medicamento	Dosis	Veces por día	¿Necesita renovarlo? (S/N)?

7. Alergias: Enumere los medicamentos a los cuales tiene una alergia y describa la reacción que tiene.

8. Historial familiar: ¿Cuáles enfermedades son comunes en nuestra familia? Favor de marcar todas las que aplican e indicar el familiar afectado (p.ej. madre, padres, hermanos, abuelos, tíos, etc)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporosis/Osteopenia | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular /Miniaccidente | <input type="checkbox"/> Calcos renales |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

9. Historial social:

¿Está casado? No Sí

¿Tiene hijos? No Sí

¿Fuma? Actualmente Anteriormente A diario Algunos días Jamás

¿En qué año comenzó?:_____ Dejó de fumar_____ Cajetillas/Día:_____

¿Toma alcohol? Jamás Socialmente A diario Dejé de tomar

Bebidas por día:_____ Por semana:_____

¿Toma cafeína? Raramente A veces Frecuentemente A diario

¿Usa drogas? No Sí Anteriormente Tipo: Marijuana Cocaína Heroína Otro

¿Hace ejercicio? Jamás Algunos días La mayoría de los días A diario

Repaso inicial de síntomas

Generales

- Disminución del apetito
- Aumento del apetito
- Sudoración excesiva
- Cansancio
- Aumento de peso
- Adelgazamiento
- Fiebre
- Escalofríos

Ojos

- Ojos salttones
- Ojos irritados
- Dolor en los ojos
- Visión borrosa
- Visión doble
- Pérdida de Visión – 1 ojo
- Pérdida de Visión – Ambos ojos
- Pérdida de visión periférica
- Llorosos
- Ardor
- Rojizos
- Cambios de visión

Otorrinolaringología

- Disminución de audición
- Dificultad para tragar
- Epistaxis (hermorrágia nasal)
- Ronquera
- Congestión nasal
- Masas en el cuello
- Dolor de garganta
- Tinnitus (zumbido)
- Dolor de cabeza
- Cambios de la voz
- Dificultad para masticar

Cardiovascular

- Decoloración azulada de los labios o las uñas
- Dolor/molestia del pecho
- Dificultad para respirar de noche
- Dificultad para respirar acostado
- Desmayo
- Calambres en las piernas con el esfuerzo
- Sensación de mareo
- Palpitaciones
- Latidos acelerados/irregulares
- Falta de aire con el esfuerzo
- Hinchazón de manos/pies
- Úlceras en las piernas/pies
- Historial de insuficiencia cardíaca

Alergias

- Urticaria o erupción
- Infecciones persistentes
- Alergias estacionales

Respiratorios

- Tos
- Tos con sangre
- Falta de respiración
- Ronquido excesivo
- Problemas del sueño debido a la respiración
- Sibilancia
- Historial de asma
- Historial de tuberculosis
- Historial de resfriados frecuentes

Gastrointestinal

- Dolor abdominal
- Distensión abdominal
- Reflujo ácido /Indigestión (acidez estomacal)
- Estreñimiento
- Diarrhea
- Gases
- Nausea
- Color amarillo de la piel
- Vómitos
- Dificultad para tragar
- Incontinencia de heces
- Heces con sangre o negras
- Dolor abdominal

Gastrourinario

- Disminución de la libido
- Dificultad para lograr o mantener erección
- Dificultad para comenzar a orinar
- Dolor o ardor al orinar
- Sangre en la orina
- Micción frecuente
- Micción de noche
- Incontinencia de orina
- Flujo genital
- Periodos Menstruales abundantes
- Historial de calcos renales
- Historial de hernias
- Edad del primer periodo menstrual _____
- Edad de la menopausia _____

Musculo-esquelético

- Artritis
- Dolor de espalda
- Dolor en las articulaciones
- Inflamación de las articulaciones
- Pérdida de fuerza
- Dolores musculares
- Calambres musculares
- Aumento de masa muscular
- Debilidad muscular
- Rigidez
- Dolor en los huesos
- ¿Fracturas anteriores?

De ser así, ¿dónde y cuándo?

Fecha de hoy _____

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

MR# _____

Piel (Derm)

- Cambio en color de la piel
- Sequedad
- Oscurecimiento de la cicatriz
- Rubor
- Sudores nocturnos
- Estrías púrpuras o rosadas
- Mala cicatrización de heridas
- Erupción
- Distribución inusual del pelo
- Acné
- Pérdida de cabello
- Comezón
- Fácil de magullar o sangrar

Neurológico

- Ardor/dolor eléctrico
- Dificultad para concentrarse
- Coordinación perturbada
- Caídas
- Desmayos
- Dolores de cabeza
- Entumecimiento
- Mal equilibrio
- Convulsiones
- Sensación de dar vueltas
- Hormigueo
- Temblores
- Debilidad
- Pérdida de memoria
- Insomnia

Psicológico

- Ansiedad
- Depresión
- Visiones o sonidos espantosos
- Problemas mentales
- Pensamientos suicidas
- Pensamientos de violencia
- Cambios de estado de ánimo
- Incapacidad de disfrutar de actividades favoritas

Endocrino

- Hambre excesiva
- Sed excesiva
- Micción excesiva
- Intolerancia al frío
- Intolerancia al calor

Hematología

- Moretones anormales
- Sangrado
- Ganglios linfáticos inflamados
- Decoloración de la piel
- Exposición al VIH

