



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

Cirugiga	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

---

---

---

---