



Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

La razon de su visita? _____

Historial de Cirugias

Cirugia	Fecha de cirugia	Notas

Historial Familiar: Por favor sea específico si se encuentra en el lado materno o paterno.

Relacion	Problema

Relacion	Problema

MEDICAMENTOS: Si no hay suficiente espacio, por favor indique los medicamentos al reverso de esta hoja.

Farmacia: _____

Medicamento / Dosis	Frecuencia

Medicamento / Dosis	Frecuencia

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Alergia a medicamento	Reaccion

Alergia a medicamento	Reaccion

Nombre: _____ Fecha: _____

Historial Medico (Solamente marque Si aplica)

	Si	Notas		Si	Notas
TDAH			Ataque de corazon		
Dolor abdominal			Enfermedades del corazon		
Perdida anormal de peso			Valvula/ Soplo cardiaco		
Trastornos afectivos			Hemorroides		
Alcoholismo			Hepatitis (agudo o cronico)		
Alergias			Hernia(s)		
Anemia			Colesterol alto		
Anorexia			Alta Presion		
Trastornos de ansiedad			Tiroides Alto		
Aneurisma aortico			Tiroides Bajo		
Apendicitis			Incontinencia: fecal		
Disminucion de apetito			Incontinencia: urinaria		
Arritmia			Indigestion		
Artritis			Enfermedad Renal		
Asma/problemas Respiratorios			Ulceras de la pierna/pie		
Fibrilacion Auricular			Enfermedad hepatica		
Aleteo Auricular			SARM (infección en la piel)		
Problemas de riñon/vejiga			Sarampion		
Trastornos de la sangre			Migraña/dolor de cabeza		
Hinchazon			Aborto espontaneo		
Enfermedades en la sangre			Mononucleosis infecciosa		
Cambios digestivos			Llagas en la boca		
Masa/quiste en el seno			Esclerodis multiple		
Huesos Rotos			Paperas		
Bronquitis			Problema de musculo/hueso		
Bulimia			Trauma nasal		
Empolio cerebral			Nauseas		
Cancer			Nausea/Vomito		
Problema de arteria carotida			Transplante de organos		
Cataratas			Osteopenia		
Dependenica quimica/drogas			Osteoporosis		
Varicela			Marcapasos		
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica			Ulceras Pepticas		
Dolor Cronico			Problema vascular periferico		
Estreñimento			Pulmonia		
Enfermedad arteria coronaria			Polio		
Thrombosis venosa profunda			Poliomielitis		
Depresion			Menopausia		
Trastornos de desarrollo o de comportamiento			Problemas de Prostata		
Diabetes			Problemas Psiquiátricos		
Dialisis			Embolia Pulmonar		
Diarrea			Sangrado Rectal		
Dificultar al pasar			Enfermedad por Reflujo		
Problemas digestivos			Fiebre reumática		

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Diverticulitis			Fiebre escarlata		
Problemas del oído/audición			Convulsiones		
Embarazo ectópico			Lesiones Serias / traumáticas		
Problemas Emocionales			Enfermedad de transmisión sexual		
Enfisema			Cáncer de piel/o problemas de piel		
Epilepsia			Apnea del sueño (ronquidos)		
Fibromialgia			Intento de suicidio		
Enfermedades Gastrointestinales			Falta de aliento		
Enfermedad genitourinaria			Inflamación de anginas		
ERGE/reflujo ácido			Tuberculosis		
Sarampión alemán			Fiebre tifoidea		
Glaucoma			Úlceras		
Bocio			Infección vía urinaria		
Gonorrea			Infecciones vaginales		
Gota			Problemas de visión o de ojos		
VIH positivo			Vómito con sangre		
Dolor de cabeza/mareos					

Historial Social

Ocupación					Notas	
Educación					Notas	
Capaz de cuidar de sí mismo?	Sí		No		Notas	
Toma Alcohol?	No	Ocasional	Moderado	Excesivo	Años de uso:	
Dieta especial	Regular		Vegetariano		Notas	
Nivel de ejercicio	No	Ocasional	Moderado	Excesivo	Notas	
Cafeína	No	Ocasional	Moderado	Excesivo	Notas	
No recusar	Sí		No		Notas	
Vive solo o con otros?	Solo/a		Con Otros		Notas	
Uso de drogas ilícitas	Sí		No		Años de uso:	
Nivel de estrés	Bajo		Med	Alto	Notas	
Actividades Deportivas	Sí				Notas	
Activo/a sexualmente?	Sí		No		Notas	
Sexo con protección?	Sí		No		Notas	
Antecedentes de abuso	Sí		No		Notas	
Abuso actual	Sí		No		Notas	
Tipo de abuso	Verbal		Físico	Emocional	Notas	
Consumo de Tabaco?	Nunca	Anterior	Actual	Espontáneo	Años de uso:	Cuanto Fuma?:

Vacuna contra la gripe: _____ Vacuna contra la neumonía: _____

Detección del cáncer de colon: _____ Fecha de examen _____

Tipo de examen: Colonoscopia Sigmoidoscopia Flexible Prueba de sangre oculta fecal



Revisión de Sistemas

Por favor indique si usted tiene cualquier problema en referencia a algún sistema? Circule **Si** o **No**

Por favor explique abajo en notas cualquier respuesta a la que conteste Si.

Síntomas Constitucionales				Piel			
Fiebre	Si	No		Erupción de la Piel	Si	No	
Escalofrío	Si	No		Infección de la Piel	Si	No	
Dolor de Cabeza	Si	No		Comezón persistente	Si	No	
Otro				Otro			
Ojos				Musculoesquelético			
Vista Borrosa	Si	No		Dolor de Articulaciones	Si	No	
Vista Doble	Si	No		Dolor de Cuello	Si	No	
Dolor	Si	No		Dolor de Espalda	Si	No	
Otro				Otro			
Alergia/Inmunológico				Oídos/Nariz/Garganta/Boca			
Fiebre de Heno	Si	No		Infección de Oído	Si	No	
Alergias a drogas	Si	No		Dolor de Garganta	Si	No	
Otro				Problemas de Sinusitis	Si	No	
Neurológico				Respiratorio			
Temblores	Si	No		Silbidos al Respirar	Si	No	
Mareos	Si	No		Toz Frecuente	Si	No	
Entumido/Hormigueo	Si	No		Dificultad para Respirar	Si	No	
Otro				Otro			
Endocrinal				Hematológico Linfático			
Demasiada Sed/Sudar	Si	No		Glándulas Hinchadas	Si	No	
Muy Caliente/Frío	Si	No		Problema de Coagulación	Si	No	
Cansado	Si	No		Otro			
Otro				Psicología			
Gastrointestinal				Esta usted satisfecho con su vida?			
Dolor Abdominal	Si	No		Se siente usted deprimido?			
Nausea/Vomito	Si	No		Usted a considerado el suicidio?			
Indigestión/Agruras	Si	No		Si	No		
Otro				Si	NO		
Cardiovascular				Otro			
Dolor de Pecho	Si	No					
Venas Varicosas	Si	No					
Alta Presión	Si	No					
Otro							

(Comentarios/Notas)

	Respuesta	Nivel de Servicio
	0-1	1 or 2
	2-9	3
Firma del Paciente:	10+	4or5

Doctor:	Fecha	/ /
_____		_____