



Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

La razon de su visita? \_\_\_\_\_

\_\_\_ Derecho \_\_\_ Izquierda \_\_\_ Los dos lados Cuanto tiempo tiene con este problema? \_\_\_\_\_

Tuvo una lastimadura? \_\_\_ Si \_\_\_ No Fecha de la lastimadura? \_\_\_\_\_

\_\_\_ Lastimadura de trabajo \_\_\_ Lastimadura de accidente \_\_\_ Lastimadura de deporte \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Ha tenido alguno de estos estudios para este problema? \_\_\_ X-Rays \_\_\_ MRI \_\_\_ CT Scan \_\_\_ Bone Scan \_\_\_ EMG

\_\_\_ Terapia Fisica \_\_\_ Inyecciones \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**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

**Historial Medico (Solamente marque Si aplica)**

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

Dialisis			Embolia Pulmonar		
Diarrea			Sangrado Rectal		
Dificultar al pasar			Enfermedad por Reflujo		
Problemas digestivos			Fiebre reumática		

Diverticulitis			Fiebre escarlata		
Problemas del oido/audicion			Convulsions		
Embarazo ectópico			Lesiones Serias / traumáticas		
Problemas Emocionales			Enfermedad de transmision sexual		
Enfisema			Cancer de piel/o problemas de piel		
Epilepsia			Apnea del sueño (ronquidos)		
Fibromialgia			Intento de suicidio		
Enfermedades Gastrointestinales			Falta de aliento		
Enfermedad genitourinaria			Inflamacion de anginas		
ERGE/reflujo ácido			Tuberculosis		
Sarampión alemán			Fiebre tifoidea		
Glaucoma			Ulceras		
Bocio			Infección via urinaria		
Gonorrea			Infections vaginales		
Gota			Problemas de vision o de ojos		
VIH positivo			Vomito con sangre		
Dolor de cabeza/mareos					

### Historial Social

Ocupacion					Notas	
Educacion					Notas	
Capaz de cuidar de sí mismo?	Si		No		Notas	
Toma Alcohol?	No	Ocacional	Moderado	Excesivo	Años de uso:	
Dieta especial	Regular		Vegetariano		Notas	
Nivel de ejercicio	No	Ocacional	Moderado	Excesivo	Notas	
Caffeine	No	Ocacional	Moderado	Excesivo	Notas	
No recusitar	Si		No		Notas	
Vive solo o con otros?	Solo/a		Con Otros		Notas	
Uso de drogas ilícitas	Si		No		Años de uso:	
Nivel de estres	Bajo		Med	Alto	Notas	
Actividades Deportivas	Si				Notas	
Activo/a sexualmente?	Si		No		Notas	
Sexo con proteccion?	Si		No		Notas	
Antecedentes de abuso	Si		No		Notas	
Abuso actual	Si		No		Notas	
Tipo de abuso	Verbal		Fisico	Emocional	Notas	
Consumo de Tabaco?	Nunca	Anterior	Actual	Esponaneo	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.

<b>Síntomas Constitucionales</b>				<b>Piel</b>			
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			
<b>Ojos</b>				<b>Musculoesquelético</b>			
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			
<b>Alergia/Inmunológico</b>				<b>Oídos/Nariz/Garganta/Boca</b>			
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	
<b>Neurológico</b>				<b>Otro</b>			
Temblores	Si	No		<b>Respiratorio</b>			
Mareos	Si	No		Silbidos al Respirar	Si	No	
Entumido/Hormigueo	Si	No		Toz Frecuente	Si	No	
Otro				Dificultad para Respirar	Si	No	
<b>Endocronal</b>				<b>Otro</b>			
Demasiada Sed/Sudar	Si	No		<b>Hematológico Linfático</b>			
Muy Caliente/Frío	Si	No		Glándulas Hinchadas	Si	No	
Cansado	Si	No		Problema de Coagulación	Si	No	
Otro				<b>Otro</b>			
<b>Gastrointestinal</b>				<b>Psicología</b>			
Dolor Abdominal	Si	No		Esta usted satisfecho con su vida?	Si	No	
Nausea/Vomito	Si	No		Se siente usted deprimido?	Si	No	
Indigestión/Agruras	Si	No		Usted a considerado el suicidio?	Si	No	
Otro				<b>Otro</b>			
<b>Cardiovascular</b>							
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	/	/	