



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 especifico si se encuentra en el lado materno o paterno.

Relacion	Problema

Relacion	Problema

Cualquier problema de sangrado en su familia: _____

Cualquier problema con la anestesia en su familia: _____

Antecedentes familiares de coagulos de sangre: _____

Historia familiar de cancer: _____

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

Farmacía: _____

Cualquier anticoagulante o aspirina. Si es asi, especifique: _____

Medicamento / Dosis	Frecuencia

Medicamento / Dosis	Frecuencia

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Alergias a Medicamentos:

Nombre de Medicamento	Reaccion

Nombre de Medicamento	Reaccion

Historial Medico: (Solamente marque si aplica)

	Si	Notas		Si	Notas
TDAH			Trastornos de desarrollo o de comportamiento		
Dolor abdominal			Diabetes		
Pedida anormal de peso			Dialisis		
Trastornos afectivos			Diarrea		
Alcoholismo			Dificultar al pasar		
Alergias			Problemas digestivos		
Anemia			Diverticulitis		
Anorexia			Problemas del oido/audicion		
Trastornos de ansiedad			Embarazo ectópico		
Aneurisma aortico			Problemas Emocionales		
Appendicitis			Enfisema		
Disminucion de apetito			Epilepsia		
Arritmia			Fibromialgia		
Artritis			Enfermedades Gastrointestinales		
Asma/problemas Respiratorios			ERGE/reflujo ácido		
Fibrilacion Auricular			Sarampión alemán		
Aleteo Auricular			Glaucoma		
Problemas de riñon/vejiga			Bocio		
Trastornos de la sangre			Gonorrea		
Hinchazon			Gota		
Enfermedades en la sangre			VIH positivo		
Cambios digestivos			Dolor de cabeza/mareos		
Masa/quiste en el seno			Ataque de corazon		
Huesos Rotos			Enfermedades del corazon		
Bronquitis			Valvula/ Soplo cardiaco		
Bulimia			Hemorroides		
Empolio cerebral			Hepatitis (agudo o cronico)		
Cancer			Hernia(s)		
Problema de arteria carotida			Colesterol alto		
Cataratas			Alta Presion		
Dependenica quimica/drogas			Tiroides Alto		
Varicela			Tiroides Bajo		
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica			Incontinencia: fecal		
Dolor Cronico			Incontinencia: urinaria		
Estreñimento			Indigestion		
Enfermedad arteria coronaria			Enfermedad Renal		
Thrombosis venosa profunda			SARM (infección en la piel)		
Depresion			Sarampion		

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Historial Medico: (Continuo) Solamente marque si aplica.

Migraña/dolor de cabeza			Embolia Pulmonar		
Aborto espontaneo			Sangrado Rectal		
Mononucleosis infecciosa			Enfermedad por Reflujo		
Llagas en la boca			Fiebre reumática		
Esclerodis multiple			Fiebre escarlata		
Paperas			Convulsiones		
Problema de musculo/hueso			Lesiones Serias / traumáticas		
Trauma nasal			Enfermedad de transmicion sexual		
Nauseas			Cancer de piel		
Nausea/Vomito			Problemas de piel		
Transplante de organos			Apnea del sueño (ronquidos)		
Osteopenia			Intento de suicidio		
Osteoporosis			Falta de aliento		
Marcapasos			Inflamacion de anginas		
Ulceras Pepticas			Tuberculosis		
Problema vascular periferico			Fiebre tifoidea		
Pulmonia			Ulceras		
Polio			Infección via urinaria		
Poliomielitis			Infections vaginales		
Menopausia			Problemas de vision o de ojos		
Problemas de Prostata			Vomito con sangre		
Problemas Psiquiátricos			Otros Problemas:		

Historial Social:

Ocupacion					Notas	
Educacion					Notas	
Puede cuidar de si mismo?	Si		No		Notas	
Toma Alcohol?	No	Occional	Moderado	Excesivo	Años de uso:	
Special Diet (eg: vegan)					Notas	
Nivel de ejercicio	No	Occ	Mod	Excesivo	Notas	
Ingesta de cafeina	No	Occ	Mod	Excesivo	Notas	
No recusitar	Si	No			Notas	
Vive solo o con otros?					Notas	
Uso de Drogas Ilicitas	Si	No			Años de uso:	
Drogas productos recreativo	Si	No			Años de uso:	
Nivel de estres	Bajo	Med	Alto		Notas	
Actividades Deportivas	Si	No			Notas	
Activo/a sexualmente?	Si		No		Notas	
Sexo con proteccion?	Si		No		Notas	
Antecedentes de abuso	Si		No		Notas	
Current Abuse	Si		No		Notas	
Abuso actual	Verbal		Fisico	Emocional	Notas	
Estado de tabaquismo/ Vapeo /mascando tabaco	Never	Former	Current Daily	Current Sporadic	Años de uso:	Cuanto?

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de la ultima vacuna contra la influenza: _____

Fecha de la ultima vacuna contra la neumonia: _____

Deteccion de cancer de colon: Si: No: Fecha de proyeccion: _____

Tipo:

Colonoscopia

Sigmoidoscopia flexible

Analisis de sangre oculta en heces

Cualquier polipo o biopsia realizada: Si: No: Especificar: _____

Hallazgos anormales: _____

Tiene alergia a alguno de los siguientes:

Latex

Yodo, cuando: _____

Contraste intravenoso, cuando: _____

Adhesivos, tipo: _____

No alergias conocidas



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	
Escalofrió	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	
Otro				Otro			
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							
Gastrointestinal				Psicología			
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				Otro			
Cardiovascular							
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 / /	