



Greater Elgin Family Care Center

HISTORIAL MEDICO INICIAL

NOMBRE: _____ EDAD: _____ FECHA DE NAC.: _____ FECHA: _____
(mes/día/años)

PERSONA LLENANDO FORMULARIO (SI ES ALGUIEN DIFERENTE AL PACIENTE) _____ PARENTESCO _____

MEDICAMENTOS QUE TOMA AHORA	DOSIS	FRECUENCIA	RAZON PORQUE TOMA EL MEDICAMENTO

*Si necesita más espacio, use la parte de atrás del formulario.

ALERGIAS: _____

HISTORIAL MEDICO Y QUIRURJICO DEL PACIENTE – MARQUE DONDE APLIQUE

	AÑO		AÑO		AÑO
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	_____	<input type="checkbox"/> Sarampión	_____	<input type="checkbox"/> Neumonía	_____
<input type="checkbox"/> Angina	_____	<input type="checkbox"/> Glaucoma	_____	<input type="checkbox"/> Polio	_____
<input type="checkbox"/> Artritis	_____	<input type="checkbox"/> Gota	_____	<input type="checkbox"/> Problemas Siquiátricos	_____
<input type="checkbox"/> Asma	_____	<input type="checkbox"/> Problemas del Corazón	_____	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre	_____	<input type="checkbox"/> Hemorroides	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón	_____
<input type="checkbox"/> Cáncer del Seno	_____	<input type="checkbox"/> Hepatitis	_____	<input type="checkbox"/> Artritis Reumática	_____
<input type="checkbox"/> Fibromas o Quistes en el Seno	_____	<input type="checkbox"/> Hernias	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Piel/Cáncer	_____
<input type="checkbox"/> Bronquitis	_____	<input type="checkbox"/> Alta Presión	_____	<input type="checkbox"/> Sinusitis	_____
<input type="checkbox"/> Cáncer/Tumor	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado/Cirrosis	_____	<input type="checkbox"/> Tiroides	_____
<input type="checkbox"/> Depresión	_____	<input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares	_____	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	<input type="checkbox"/> Problemas del Riñón/Piedra	_____	<input type="checkbox"/> Ulceras	_____
<input type="checkbox"/> Enfisema	_____	<input type="checkbox"/> Trauma Mayor	_____	<input type="checkbox"/> Infecciones Urinarias	_____
<input type="checkbox"/> Epilepsia	_____	<input type="checkbox"/> Migrañas	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas	_____
<input type="checkbox"/> Piedras en la Vesícula	_____	<input type="checkbox"/> Pancreatitis	_____	<input type="checkbox"/> Otras	_____

HOSPITALIZACIONES (Aparte de Embarazos) Medicas y Quirúrgicas

HOSPITALIZACION	AÑO	OPERACIONES O ENFERMEDADES	HOSPITAL	DOCTOR	PAIS Y ESTADO
1 ^{ra} Hospitalización					
2 ^{da} Hospitalización					
3 ^{ra} Hospitalización					

PRUEBAS Y VACUNAS

	AÑO		AÑO		AÑO
<input type="checkbox"/> Radiografías del Pecho	_____	<input type="checkbox"/> Otras Radiografías	_____	<input type="checkbox"/> Vacuna del Flu	_____
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma	_____		_____	<input type="checkbox"/> Tétano	_____
<input type="checkbox"/> Mamograma	_____		_____	<input type="checkbox"/> Prueba de Tuberculosis	_____
<input type="checkbox"/> Colesterol	_____		_____	<input type="checkbox"/> Vacuna de la Neumonía	_____

HISTORIAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (SI APLICA)

EDAD QUE COMENZO SU MENSTRUACION _____	Num. DE EMBARAZOS _____
EDAD QUE DEJO DE MENSTRUAR _____	Num. DE ABORTOS _____
FRECUENCIA DE SUS PERIODOS _____	Num. DE HIJOS VIVOS _____
TIEMPO QUE DURAN SUS PERIODOS _____	RASPADO _____ Si _____ Cuantos _____ FECHA _____
DOLOR DE MENSTRUACION _____	USA PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS EN EL PRESENTE? _____
FECHA DE SU ULTIMO PERIODO _____	LAS HA USADO EN EL PASADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
FECHA DE SU ULTIMO PAPA NICOLAO _____	METODO ANTICONCEPTIVO QUE USA AHORA _____
NOMBRE DE SU OBSTETRA/GINECOLOGO _____	

Para uso de la oficina solamente:

Patient Name: _____ DOB: _____ MRN: _____



Greater Elgin Family Care Center

HISTORIAL FAMILIAR: Indique el estado de salud y el historial medico de los miembros de su familia poniendo una **X** en el espacio apropiado.

	VIVO	MUERTO	EDAD	Causa de Muerte	Alergias	Asma	Alcoholismo	Diabetes	Cáncer o Tumor	Epilepsia	Glaucoma	Gota	Alta Presión	Problemas de Riñones o Vejiga	Úlcera Deudenal Estomacal	Ataque Nervioso	Reumatismo o Artritis	Problemas del Corazón	Migrañas	Obesidad	
PADRE																					
MADRE																					
HERMANOS O HERMANAS																					
CONYUGUE																					
HIJOS																					
ABUELOS																					

HISTORIAL SOCIAL: MARQUE EL ESPACIO APROPIADO

OCUPACION

SI **NO**

 Fuma regularmente? Cigarros Pipa Puros Otros _____ Cuantos anos? _____ Cuantas Cajillas? _____

 Inhala o mastica tabaco?

 Toma mas de 4 tazas de café al día?

 Toma alcohol? 1 oz./al día 2 oz./al día 4 oz./al día mas de 6 oz./al día

Cerveza: 1 botella/al día 2 botellas/al día mas de 4 botellas/al día

 Usa o ha usado marihuana, cocaína u otras drogas similares a estas?

Cual droga _____ Con que frecuencia _____ Que cantidad _____

 Usa medicamentos no recetados, ej: aspirinas, remedios para la gripa, aspiradores nasales? Cuales? _____

 Usa tranquilizantes, como: ej: Valium, Lithium, etc.

 Tomo pastillas para dormir?

 Esta en una relación insegura? (ej: existe alguna forma de abuso mental o fisco en la casa, en el trabajo, en otro lugar?)

Marque los síntomas que le aplican actualmente. Hay espacios adicionales si necesita escribir mas información.

CONSTITUCION FISICA:

- Debilidad
- Fatiga
- Perdida de peso (Cuando)? _____
- Aumento de peso (Cuando)? _____
- Fiebre
- Escalofríos
- Sudores Nocturnos
- Cambios en el apetito
- Insomnio
- Otros: _____

OJOS:

- Visión Doble
- Lentes
- Fecha que los cambio: _____
- Perdida de Visión _____
- Manchas
- Dolor
- Lagrimas
- Infecciones
- Otros: _____

NARIZ, GARGANTA, SINOSITIS:

- Sangrado de la nariz
- Llagas
- Sangrado en las encías
- Dolor de lengua
- Dolor de garganta
- Ronquera
- Gotereo Nasal
- Sinusitis
- Otros: _____

Para uso de la oficina solamente:

Patient Name: _____ DOB: _____ MRN: _____



Greater Elgin Family Care Center

OIDOS:

- Dolor
- Flujo
- Zumbido
- Sordera
- Otros: _____

PIEL, CABELLO:

- Cambio en Color
- Comezón
- Lunares
- Infecciones
- Sarpullido/ Erupción de la Piel
- Cambios en el Cabello
- Otros: _____

RESPIRATORIO:

- Tos
- Flemas
- Dificultad para Respirar
- Silbidos al Respirar
- Pleuresía
- Asma
- Escupe Sangre
- Alergias al Polen
- Bronquitis
- Otros: _____

SENOS:

- Bolitas en los Senos
- Dolor
- Flujo
- Otros: _____

CORDIOVASCULAR:

- Dolores de Pecho
- Dificultad para Respirar
- recostado
- por la noche
- Hervor en el Pecho
- Cuantas almohadas para Dormir? _____
- Inflamación de los Pies
- Palpitaciones/ Latidos Irregulares
- Desmayos
- Alta Presión
- Soplo en el Corazón
- Historial de Fiebre Reumática
- Venas Varicosas
- Dolor en el Talón al Caminar
- Escarlatina
- Otros: _____

SISTEMA URINARIO:

- Frecuencia
- Dolor
- Urgencia
- Sangre en la Orina
- Incontinencia
- Flujo
- Enfermedades Venéreas
- Otros: _____

GASTROINTESTINAL:

- Cambios en el Apetito
- Nauseas
- Vómitos
- Dificultad al Tragar
- Las Comidas le dan Gases o Indigestión
- Indigestiones Frecuentes
- Gases Excesivos
- Vomita Sangre
- Dolor Abdominal
- Ictericia
- Usa Antiácidos
- Diarrea
- Estreñimiento
- Cambio en sus Hábitos de Evacuación
- Heces Negras o Claras
- Usa Laxantes
- Numero de Comidas por día _____
- Otros: _____

MUSCULOESQUELETAL:

- Inflamación o Dolor en las Articulaciones
- Inflamación o Dolor en las Huesos
- Inflamación o Dolor en los Músculos
- Deformidad
- Debilidad Muscular
- Amanece Tieso
- Otros: _____

ENDOCRINO:

- Bocio
- Intolerancia al Calor
- Intolerancia al Frío
- Palpitaciones
- Cambios en la Voz
- Orina muy Frecuente
- Toma Agua en Exceso
- Come en Exceso
- Espasmos Musculares
- Crecimiento Anormal de Cabello
- Infertilidad
- Otros: _____

NEUROLOGICO:

- Convulsiones
- Desmayos
- Incontinencia Urinaria
- Apoplejía o Derrame Cerebral
- Debilidad
- Dificultad al Hablar
- Mareos
- Temblores
- Dificultad para Caminar
- Cambios en Sensaciones
- Perdida de Visión Intermitente
- Perdida de Coordinación
- Adormecimiento
- Hormigueo
- Dolor de Cabeza
- Otros: _____

SISTEMA GENITAL FEMENINO:

- Flujo Vaginal
- Comezón o Picazón Vaginal
- Sangrado Anormal
- Sangrado Después de la Menopausia
- Sangrado después de las Relaciones Sexuales
- Síntomas de Menopausia

SISTEMA GENITAL MASCULINO:

- Flujo
- Llaga en el Pene
- Dolor en los Testículos
- Problemas de la Próstata

OTROS:

- Nudo en la Garganta
- Dificultad al Respirar Profundo
- Nerviosismo
- Adormecimiento Alrededor de la Boca
- Dolores en el Pecho
- Pérdida de Memoria
- Crisis de Llanto
- Pesadillas
- Depresión
- No Puede Dormir
- Despierta Temprano por la Mañana
- Temores
- Percepción o Pensamientos Inusuales
- Alucinaciones
- Problemas Debido a Comportamiento Impulsivo?
- Problemas Maritales o Sexuales?
- Desea hablar sobre esto con el doctor? Si No

TRAUMA:

- Trauma Mayor
- Trauma en la Cabeza
- Huesos Rotos
- Laceraciones
- Otros: _____

TESTAMENTO EN VIDA:

- Desea Información?
- Si No

Revisado por el doctor Sí No

Fecha: _____

Para uso de la oficina solamente:

Patient Name: _____ DOB: _____ MRN: _____