

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

Para uso de la oficina solamente:
 Patient Name: _____ DOB: _____ MRN: _____
 Rev 5.2021

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 Ríñones 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 gripe, 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 fisico en la casa, en el trabajo, en otro lugar?)

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

- | | | |
|---|---|---|
| <p>CONSTITUCION FISICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Perdida de peso (Cuando)? _____ <input type="checkbox"/> Aumento de peso (Cuando)? _____ <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Sudores Nocturnos <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Otros: _____ | <p>OJOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Visión Doble <input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Fecha que los cambio: _____ <input type="checkbox"/> Perdida de Visión _____ <input type="checkbox"/> Manchas <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Lagrías <input type="checkbox"/> Infecciones <input type="checkbox"/> Otros: _____ | <p>NARIZ, GARGANTA, SINOSITIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sangrado de la nariz <input type="checkbox"/> Llagas <input type="checkbox"/> Sangrado en las encías <input type="checkbox"/> Dolor de lengua <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Gotereo Nasal <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
|---|---|---|

<p>Para uso de la oficina solamente: Patient Name: _____ DOB: _____ MRN: _____ Rev 5.2021</p>
--

OIDOS:

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

PIEL, CABELLO:

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

RESPIRATORIO:

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

SENOS:

- Bolitas en los Senos
- Dolor
- Flujo
- Otros: _____
- No

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 los Huesos
- Inflamación o Dolor en los Músculos
- Deformidad
- Debilidad Muscular
- Amanece Tiesos
- 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
 - Adormecimient
- 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

OTROS:

- Nudo en la Garganta
- Dificultad al Respirar Profundo
- Nerviosismo
 - Adormecimiento Alrededor de la
- 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: _____