

**FORMA DEL HISTORIA DEL PACIENTE**

NOS ESFORZAMOS POR MANTENER TODA LA INFORMACIÓN EN FORMA CONFIDENCIAL FECHA: \_\_\_\_\_  
 NINGUNA PERSONA SE LE DARA INFORMACIÓN SIN SU CONSENTIMIENTO FIRMADO. Puede ser enviada a los consultores, si se hace referencia.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

APEIDO NOMBRE INICIAL  
 ES USTED: ( ) SOLTERO(A); ( ) CASADO(A); ( ) VIUDO(A); ( ) SEPARADO(A); ( ) DIVORCIADO(A)

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

LA RAZÓN POR SU VISITA HOY: \_\_\_\_\_

ÚLTIMO EXAMEN MÉDICO: \_\_\_\_\_ ÚLTIMO DOCTOR: \_\_\_\_\_

LA ÚLTIMA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (FECHA Y LUGAR: \_\_\_\_\_

ALERGIAS (DROGAS, RADIOGRAFÍA, TINTE, LÁTEX) y tipo de reacción: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE FARMACIA Y # TELÉFONO: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS: (ESCRIBA TODO, incluyendo los adquiridos sin receta. Alternativos tales como los analgeticos o los analgeticos a base de hierbas).

DROGA/MEDICINA POR EJEMPLO: Advil	FUERZA DE LA MEDICINA 200 mg	LA FRECUENCIA QUE TOMA LA MEDICINA 3 veces por día	TIEMPO QUE TOMÓ LA MEDICINA 6 meses

Por favor, conozca los medicamentos y las dosis que toma. Si necesita recargas, deje que el asistente medico sepa cuándo se coloca en una sala de examen.

ENFERMEDADES DE PEQUEÑO(A): Viruela ( ) Sarampión/Rubeola ( ) Paperas ( ) Rubéola ( ) Fiebre Escarlatina ( )

ENFERMEDAD MÉDICA PASADA/HOSPITALIZACIONES (que no sea en virtud de la cirugía): \_\_\_\_\_

\*Si usted es Diabético(a), ¿prueba usted mismo con el medidor de glucosa?\_\_\_\_ ¿Recibe exámenes anuales de la vista?\_\_\_\_ ¿Has estado en un curso de autogestión?\_\_\_\_ ¿Sabe usted qué hacer para bajar de azúcar en la sangre?\_\_\_\_ ¿Cuidado de los pies?\_\_\_\_  
 ¿HgbA1C valor actual?\_\_\_\_\_

CIRUGÍA: (En caso afirmativo, marque la ( ) y indique la fecha aproximada en el espacio en blanco)

- ( )Apendicectomía\_\_\_\_\_ ( )Cesárea\_\_\_\_\_ ( )Reparación de Hernia\_\_\_\_\_
- ( )Biopsia de Mama\_\_\_\_\_ ( )Vesícula biliar\_\_\_\_\_ ( )Histerectomía\_\_\_\_\_ ( )Ovario: D\_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_
- ( )Arteria Carótida\_\_\_\_\_ ( )Angioplastia del Corazón\_\_\_\_\_ ( )Mastectomía\_\_\_\_\_ ( )Cirugía de Estómago\_\_\_\_\_
- ( )Cataratas\_\_\_\_\_ ( )Marcapasos del Corazón\_\_\_\_\_ ( )Eliminación de Próstata\_\_\_\_\_ ( )Amigdalectomí\_\_\_\_\_

HISTORIA DE OB/GYN: Embarazos: # \_\_\_\_\_ Partos: # \_\_\_\_\_ Último Ciclo Menstrual: \_\_\_\_\_

\*\*Marque X en caso afirmativo, o escribe "NO" delante del artículo abajo:

\_\_\_\_\_ El consumo de Tabaco # de paquetes por día: \_\_\_\_\_ # de años: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Usted esta interesado en dejar de fumar? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ El consume de Tabaco en el pasado ¿Cuándo dejó de fumar? \_\_\_\_\_

Si continua fumando, ¡haga ejercicio regularmente! Cuando usted está interesado en dejar de fumar, llame si quiere ayuda.

\_\_\_\_\_ ¿Toma? Cerveza \_\_\_\_\_ Vino \_\_\_\_\_ Liquor \_\_\_\_\_ onzas/vazos/latas de media por semana): \_\_\_\_\_

**\*\*\*Favor de no tomar y conducir \*\*\***

\_\_\_\_\_ ¿Cafeína? Tazas de café por día: \_\_\_\_\_ Sodas: \_\_\_\_\_ latas/onzas por día

\_\_\_\_\_ ¿Hace ejercicio? Tipo: \_\_\_\_\_ Veces por semana: \_\_\_\_\_

**\*\*\* Se recomienda un objetivo de 30 minutos de ejercicio tipo caminata 5 días a la semana. \*\*\***

**FORMA DE HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE**

FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

Inicial

Fecha de nacimiento

**HISTORIAL FAMILIAR:** Marque en la casilla ("X") junto a la condición de su familiar; a continuación, especifique su relación después de la enfermedad, utilizando las abreviaturas de la siguiente manera:

Madre (M); Padre (P); Hermano (Hno.); Hermana (Hna.); Abuelo(a) (A); Tío (Tío); Tía (Tía)

*Por ejemplo, si su tía y su madre tuvieron cáncer de mama: ( X ) Cáncer de Mama Tía, M*

- |                                               |                                                      |                                                     |                                                      |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo _____    | <input type="checkbox"/> Pólipos en el Colon _____   | <input type="checkbox"/> Hipertensión _____         | <input type="checkbox"/> Cáncer en la Próstata _____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia _____         | <input type="checkbox"/> Cáncer en el Colon _____    | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hierro _____ | <input type="checkbox"/> Incautaciones _____         |
| <input type="checkbox"/> Asma _____           | <input type="checkbox"/> Diabetes _____              | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal _____     | <input type="checkbox"/> Tiroides _____              |
| <input type="checkbox"/> Artritis _____       | <input type="checkbox"/> Glaucoma _____              | <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental _____    | <input type="checkbox"/> Tuberculosis _____          |
| <input type="checkbox"/> Sangra Fluida _____  | <input type="checkbox"/> Gota _____                  | <input type="checkbox"/> Migraña _____              | <input type="checkbox"/> Osteoporosis _____          |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Mama _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazón _____ |                                                     |                                                      |

VIVO
EDAD CUANDO MURIÓ
SALUD ACTUAL O CAUSA DE MUERTE

PADRE ( ) Si ( ) No

MADRE ( ) Si ( ) No

HERMANO(A) ( ) Yes ( ) No

HERMANO(A) ( ) Yes ( ) No

**Inmunizaciones:** (Por favor, compruebe la enfermedad para la cual usted ha sido inmunizado y la fecha del último refuerzo.)

**El tétanos o Td refuerzo se da cada 10 años.** Por favor permita que la enfermera sepa si necesita un refuerzo.

- |                                            |                                                       |                                                            |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B _____ | <input type="checkbox"/> Tétanos _____                | <input type="checkbox"/> Sarampión/paperas/rubéola _____   |
| <input type="checkbox"/> Neumonía _____    | <input type="checkbox"/> Hepatitis A _____            | <input type="checkbox"/> D.T. (Difteria/ Tétanos) _____    |
| <input type="checkbox"/> Varicela _____    | <input type="checkbox"/> Vacuna contra la gripe _____ | <input type="checkbox"/> Vacuna contra la meningitis _____ |

\*\*\*Si tiene hepatitis C crónica o enfermedad en el hígado, hable con su médico acerca de cómo mantenerse al día con sus vacunas. Usted puede beneficiarse de la vacuna de hepatitis A o B, o incluso la vacuna contra la neumonía.

\*\*\*Si usted se encuentra enfermo de pulmonía, manténgase al día con la Influenza y Neumonía.

**¿Uso de drogas ilícitas?** Por favor hable con su médico.

**Factores de riesgo para el SIDA y la Hepatitis B y C** son los siguientes. Si alguno se aplica a usted, por favor informe a su médico durante su visita. Observaremos la confidencialidad.

Transfusión de sangre; relaciones homosexuales; uso de drogas intravenosas; relaciones sexuales con el usuario de drogas intravenosas; pinchazos de aguja; trabajo con fluidos corporales, como trabajo dental, enfermería, sala de emergencia, etc.; relaciones con múltiples parejas.

 Marque X en caso afirmativo, o escribe "NO" delante del artículo abajo:

 \_\_\_\_\_ **Dieta:** ¿Está interesado en información sobre dietas para el peso, el colesterol o la diabetes?

 \_\_\_\_\_ **Calcio:** ¿Sabe que las mujeres necesitan ingerir cerca de 1000mg de calcio por día?

 \_\_\_\_\_ **Pruebas de densidad ósea:** marque si está interesado en información; deben considerarse después de los 50 años en mujeres.

 \_\_\_\_\_ **Exámen del Colon:** ¿Sabe que la mayoría de los expertos recomiendan un examen de colon cada 5 años, después de la edad de 50? Por favor háganos saber si usted tiene una historia familiar de cáncer de colon.

 \_\_\_\_\_ **Mamografía:** se recomienda anualmente en mujeres después de 40 años; marque si necesita esta prueba.

**Medidas de seguridad:** Ejemplos de medidas que puede tomar como las siguientes: Cinturones de seguridad (cada vez que se sube al carro), cascos de bicicleta (incluso los adultos), protección de la muñeca y también las rodillas durante el patinaje, protección para los ojos (devorador de malas hierbas, sierra mecánica, etc.), uso adecuado de armas (bloqueo, descarga, mantenimiento fuera del acceso de los niños).

**Directivas Avanzadas:** Por favor hable con su pareja o familiares y su médico.

Testamento vital: No ( ) Si ( ) donante de órganos: No ( ) Si ( )

Poder Notarial duradero para el cuidado de la salud: No ( ) Si ( ) ¿Quién es? \_\_\_\_\_

**FORMA DE HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE**

FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Apeido	Nombre	Initial	Fecha de Nacimiento
--------	--------	---------	---------------------

 POR FAVOR COLOQUE UNA "S" POR LA **QUEJA ACTUAL O DOLENCIA** QUE SE APLICA A USTED; SI NO ESTÁ SEGURO, COLOQUE UN "?", SI NO SE APLICA, COLOQUE UN "N".

<b>CABEZA</b>	<input type="checkbox"/> VISIÓN BORROSA <input type="checkbox"/> FECHA DE LA ÚLTIMA EXÁMEN DE LA VISTA _____ <input type="checkbox"/> GLAUCOMA <input type="checkbox"/> FRECUENTES DOLORES DE CABEZA <input type="checkbox"/> MIGRAÑAS <input type="checkbox"/> GRUMOS O HINCHAZÓN EN EL CUELLO <input type="checkbox"/> SONIDO CONSTANTE EN LOS OÍDOS <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE AUDICIÓN <input type="checkbox"/> DOLORES FRECUENTES DEL OÍDO <input type="checkbox"/> HEMORRAGIAS NASALES FRECUENTES <input type="checkbox"/> INFECCIÓN SINUSAL <input type="checkbox"/> ALERGIAS <input type="checkbox"/> VOZ RONCA - PERSISTENTE <input type="checkbox"/> LAGAS EN LA VOCA O LENGUA	<b>RIÑONES</b>	<input type="checkbox"/> ENTUMECIMIENTO DE MANOS O PIES <input type="checkbox"/> NERVIOSISMO QUE AFECTA SU VIDA <input type="checkbox"/> PROBLEMAS EN HABLAR <input type="checkbox"/> ATAQUE FULMINANTE <input type="checkbox"/> INFECCIÓN RECURRENTE DEL TRACTO URINARIO <input type="checkbox"/> ORINAR DURANTE LA NOCHE MÁS DE UNA VEZ <input type="checkbox"/> ORINA COLOR MARRÓN, NEGRO O CON SANGRE <input type="checkbox"/> ARDOR AL ORINAR <input type="checkbox"/> CÁLCULOS RENALES <input type="checkbox"/> DIFICULTAD PARA INICIAR EL FLUJO DE ORINA <input type="checkbox"/> PROBLEMAS CON LA FUNCIÓN SEXUAL <input type="checkbox"/> INCONTINENCIA URINARIA
<b>PULMONES</b>	<input type="checkbox"/> ASTHMA <input type="checkbox"/> TOS CON SANGRE <input type="checkbox"/> AUMENTO DE LA FALTA DE AIRE CON ACTIVIDAD <input type="checkbox"/> ENFISEMA <input type="checkbox"/> HISTORIA DE LA TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> TOS CRÓNICA	<b>ARTICULACIONES</b>	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE LA ESPALDA <input type="checkbox"/> ARTICULACIONES INFLAMADAS <input type="checkbox"/> DOLOR FRECUENTE EN LOS PIES <input type="checkbox"/> DOLOR FRECUENTE EN EL HOMBRO <input type="checkbox"/> DOLOR FRECUENTE O PERSISTENTE DE LOS MÚSCULOS O ARTICULACIONES <input type="checkbox"/> GOTA <input type="checkbox"/> ARTRITIS <input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS-¿Como lo diagnosticó?
<b>CORAZÓN</b>	<input type="checkbox"/> LATIDO DEL CORAZÓN IRREGULAR <input type="checkbox"/> DOLOR O OPRESIÓN EN EL PECHO <input type="checkbox"/> SOPLOS CARDÍACOS _____problema válvula mitral. <input type="checkbox"/> HISTORIA DEL CORAZÓN AGRANDADO <input type="checkbox"/> DIFICULTAD PARA RESPIRAR DURANTE LA NOCHE <input type="checkbox"/> HINCHAZÓN DE PIES, TOBILLOS QUE SE PRESENTE CUANDO SE AMANECE <input type="checkbox"/> HISTORIA DE LA FIEBRE REUMÁTICA <input type="checkbox"/> ALTA PRESIÓN <input type="checkbox"/> ATAQUE DEL CORAZÓN EN EL PASADO	<b>GENERAL</b>	<input type="checkbox"/> DIABETES: Fecha diagnosticado: _____ <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE PESO MÁS DE 10 LIBRAS EN EL AÑO PASADO <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE INTERÉS EN LOS ALIMENTOS <input type="checkbox"/> DIFICULTADES EN DORMIR <input type="checkbox"/> HERPES EN EL PASADO-genital or la cara <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE TIROIDES <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE ALTA PRESIÓN <input type="checkbox"/> LUNAR O LLAGA QUE NO SE CURA <input type="checkbox"/> CALUROSA O FRIOLENTA <input type="checkbox"/> SOSPECHA CÁNCER O ENFERMEDAD GRAVE
<b>ABDOMEN</b>	<input type="checkbox"/> ACIDEZ FRECUENTE <input type="checkbox"/> DIFICULTAD O DOLOR AL TRAGAR <input type="checkbox"/> HA VOMITADO SANGRE <input type="checkbox"/> DOLOR RECTAL O SANGRADO (HECES NEGRA O SANGRADO) <input type="checkbox"/> RECIENTE CAMBIO EN LOS HÁBITOS INTESTINALES <input type="checkbox"/> DIVERTICULITIS o DIVERTICULOSIS <input type="checkbox"/> PÓLIPOS EN EL COLON <input type="checkbox"/> Fecha de la última examen colon: _____	<b>SOLO HOMBRES</b>	<input type="checkbox"/> FLUJO DE ORINA DÉBIL <input type="checkbox"/> DOLOR EN LOS GENITALES <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE L PRÓSTATA <input type="checkbox"/> PROBLEMA EN VACIAR LA VEJIGA COMPLETAMENTE <input type="checkbox"/> REALIZAR AUTOEXAMEN MENSUAL DE LOS TESTÍCULOS <input type="checkbox"/> ÚLTIMA PRUEBA DE PSA (50 años+) FECHA _____
<b>NEURO</b>	<input type="checkbox"/> HEPATITIS / ICTERICIA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD HEPÁTICA <input type="checkbox"/> NÁUSEAS <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> DIARREA; cuantas veces/día _____ <input type="checkbox"/> DOLOR ABDOMINAL CON ALIMENTOS GRASOSO <input type="checkbox"/> HEMORROIDES <input type="checkbox"/> HISTORIA DE ÚLCERAS <input type="checkbox"/> SANGRADO <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE APETITO <input type="checkbox"/> CONVULSIONES <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE CONSCIENCIA <input type="checkbox"/> VISIÓN DOBLE <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE LA MEMORIA	<b>SOLO MUJERES</b>	<input type="checkbox"/> ÚLTIMA MENSTRUACIÓN _____ <input type="checkbox"/> FLUJO VAGINAL O PROBLEMAS <input type="checkbox"/> DOLOR EN LOS GENITALES <input type="checkbox"/> GRUMOS O DOLOR EN LOS SENOS <input type="checkbox"/> SI USTED TIENE UN GINECÓLOGO, NOMBRE: _____ <input type="checkbox"/> ÚLTIMA PRUEBA DE DENSIDAD ÓSEA _____ <input type="checkbox"/> ÚLTIMA MAMOGRAFÍA FECHA _____ <input type="checkbox"/> ÚLTIMA PRUEBA PAP FECHA _____ <input type="checkbox"/> AUTOEXAMEN MENSUAL DE MAMA