

HISTORIAL DEL PACIENTE/LISTA DE RESUMEN DE PROBLEMAS

En un esfuerzo para servirle mejor, solicitamos que usted nos proporcione la siguiente información. Necesitamos esta información para brindarle la mejor atención y tratamiento posible. Toda la información es estrictamente confidencial y se divulgará únicamente con su autorización por escrito.

Nro. de expediente médico

Fecha:

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento	Edad	Género: Masculino Femenino		Médico de atención primaria

Alergias:

Por favor enumere todas las alergias a medicamentos, alimentos, y ambientales:

Medicamentos actuales:

Por favor enumere todos y con qué frecuencia los toma (por ejemplo, aerosoles, inhaladores, ungüentos, gotas, píldoras, inyecciones y dosis). Incluir todos los medicamentos a base de hierbas, alternativos y medicamentos que se pueden comprar sin receta. **Actualmente no tomo ningún medicamento**

1.)	8.)
2.)	9.)
3.)	10.)
4.)	11.)
5.)	12.)
6.)	13.)
7.)	14.)

Historial médico del paciente (por favor marque si alguna vez ha tenido o tiene)

<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Glaucoma (HEENT)
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Gota (Musc)
<input type="checkbox"/> Cáncer (Tipo: _____)	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno (Immun)
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón (Cardio)
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Neumonía (Pulmonar)
<input type="checkbox"/> Tensión arterial alta (Hipertensión)	<input type="checkbox"/> Tuberculosis Pulmonar (Pulmonar)
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Infecciones serias
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda grave (Musc)
<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides (Enfermedad)	<input type="checkbox"/> Enfermedad sexual (Infec)
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> ACV (Neuro)
<input type="checkbox"/> Ansiedad / depresión	<input type="checkbox"/> Úlcera(s) (GI)
<input type="checkbox"/> Trastornos sanguíneos (Hematológico)	<input type="checkbox"/> Incapacidad (Variado)
<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre (Hematológico)	<input type="checkbox"/> Ninguno

Lista de las cirugías y hospitalizaciones anteriores:

1.)	
2.)	
3.)	
4.)	

HISTORIAL FAMILIAR DE:

SÍ NO (en caso afirmativo, por favor indique relación y la edad en que la enfermedad fue diagnosticada, si se conoce)

Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Enfermedades cardiacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
ACV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Ansiedad/depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
¿Otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>

HISTORIAL DEL PACIENTE (continuación)

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Historial social: _____	
Idioma materno: _____	Origen étnico: _____
Educación: _____	Instrucciones anticipadas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ocupación: _____	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	
Consumo actual de tabaco: <input type="checkbox"/> Usuario actual de tabaco Tipo: _____ Paquetes/recipientes por día: _____ Años de uso: _____ ¿Alguna vez ha intentado dejar de fumar? _____ Frecuencia: <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Frecuencia desconocida <input type="checkbox"/> Ex fumador <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Nunca Fecha que dejó de fumar: _____ <input type="checkbox"/> No sabe si fumó	
Consumo actual de alcohol: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Solía hacerlo Cantidad: _____ ¿Alguna vez utilizó estas drogas? (Confidencial) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Drogas IV <input type="checkbox"/> Otro: _____ ¿Actualmente consume drogas ilegales? (Confidencial) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Por favor coloque una marca en la casilla si usted ha padecido lo siguiente en el pasado

<u>Constitucional</u> <input type="checkbox"/> Insomnio <u>HEENT</u> <input type="checkbox"/> Enfermedad o lesión ocular <u>Respiratorio</u> <input type="checkbox"/> Tiene un PPD positivo <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido alguna enfermedad del pecho en los últimos 3 años que ha impedido que realice actividades regulares? <u>Cardiovascular</u> <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho o angina <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Falta de aire al caminar <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Recuperación lenta después de sufrir cortaduras <u>Gastrointestinal</u> <input type="checkbox"/> Úlcera péptica	<u>Femenino</u> <input type="checkbox"/> Reemplazo de estrógenos <input type="checkbox"/> Papanicolaou anormal <input type="checkbox"/> Quiste de mama <u>Metabólicos/Endocrinos</u> <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Aumento de peso <u>Neurológico/Psiquiátrico</u> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes o recurrentes <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Incapacidad de aprendizaje <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Lesión de la cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento <input type="checkbox"/> Caídas frecuentes <input type="checkbox"/> Cambios visuales o del habla <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria o confusión <u>Dermatológica</u>	<u>Hematológico</u> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Tendencia a sufrir hemorragias o moretones <u>Inmunológico</u> Historial de la piel o reacciones adversas <input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibióticos <input type="checkbox"/> Morfina, Demerol <input type="checkbox"/> Otros narcóticos <input type="checkbox"/> Novocaína <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Antitoxina tetánica/otros sueros <input type="checkbox"/> Yodo, mertiolato o antiséptico ¿Cuándo fue su último(a): APE (hombres únicamente) _____ PAP (mujeres únicamente) _____ Mamograma _____ Colonoscopia _____ Examen de densitometría ósea _____
--	--	--

<input type="checkbox"/> Diarrea frecuente		Vacuna contra el tétanos
<input type="checkbox"/> Sangre en las deposiciones		_____
		Vacuna contra la neumonía

<input type="checkbox"/> Sangrado rectal	<input type="checkbox"/> Erupciones recurrentes	
<input type="checkbox"/> Cálculos renales	<input type="checkbox"/> Biopsia de lesión cutánea	
<u>Genitourinario</u>	<u>Muscoloesquelético</u>	
	<input type="checkbox"/> Rigidez de las articulaciones	

Proveedor que revisó: _____

Fecha: _____