

NOMBRE: _____ FECHA NACIMIENTO: _____ FECHA: _____ MR# _____

POR CUALES RAZONES NOS VISITA HOY?

QUIEN LO/A MANDO A NOSOTROS?
DOCTOR/OTRO _____
CUAL DOCTOR? _____

QUE CIRUGIA A TENIDO Y CUANDO? (Listar)
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

LA CANTIDAD DE ALCOHOL QUE CONSUME? _____ DIA _____ SEMANA _____ MESES
USTED FUMA? SI NO
ALGINA VEZ A FUMADO? SI NO
CUANDO DEJO DE FUMAR? _____
USAR DROGAS ILEGALES? PASADO/ AHORA/ NUNCA
OCUPACION (Ahora o en el Pasado) _____

LISTAR LOS PROBLEMAS MEDICOS DE SU FAMILIA:

MADRE:	VIVIENDO / FALLECIDA	EDAD _____	_____
PADRE:	VIVIENDO / FALLECIDO	EDAD _____	_____
HERMANOS:	VIVIENDO / FALLECIDO	EDAD _____	_____
HERMANAS:	VIVIENDO / FALLECIDA	EDAD _____	_____
HIJOS:	VIVIENDO / FALLECIDO	EDAD _____	_____
HIJAS:	VIVIENDO / FALLECIDA	EDAD _____	_____

ALGUNA HISTORIA FAMILIAR DE ANORISMO O TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA? SI NO

ALGUNA VEZ A TENIDO? (PMH)

VASCULAR:

Aneurisma	SI NO
Trombosis venosa profunda	SI NO
Embolia Pulmonar	SI NO
Enfermedad de la carótida	SI NO
Inflamación de piernas	SI NO
Venas varicosas	SI NO
Venas arañas	SI NO

Tratamiento de venas varicosas	SI NO
Gangrena	SI NO
Embolia Cerebral	SI NO
Problemas Vasculares	SI NO

CARDIACO:	
Problemas del corazón	SI NO
Ataque del corazón	SI NO
Colesterol Alto	SI NO
Marca Paso	SI NO
Desfibrilador	SI NO
Problemas con ritmo cardiaco	SI NO
Presión Alta	SI NO
Soplo de corazón	SI NO

PULMONARIO:	
Asma	SI NO
Bronquitis	SI NO
Enfisema Pulmonar	SI NO
Cáncer del Pulmón	SI NO
Neumonía	SI NO
Apnea del sueño	SI NO

GASTROINTESTINAL:	
Sangra miento	SI NO
Hepatitis	SI NO
Reflujo	SI NO
Enfermedad de Vesícula	SI NO
Pólipos en Colon	SI NO
Intestino Inflamado	SI NO
Úlcera	SI NO
Intestino Irritable	SI NO
Otro	

GU:	
Cáncer de la Próstata	SI NO
Piedra de Riñón	SI NO
Falla de Riñón	SI NO
Hipertrofia de Prostata benigna	SI NO

PARA QUE A SIDO/A HOSPITALIZADA? (APARTE DE CIRUGIA)	
1.	_____
2.	_____
3.	_____
4.	_____
HA ESTADO EN ALGUN ACCIDENTE? SI NO	
1.	_____
2.	_____
3.	_____

ENDOCRINO:

Gota	SI NO
Tiroides Hiperactivas	SI NO
Hipotiroidismo	SI NO
Diabetes	SI NO
Otro	_____

GINECOLOGICO:

Cáncer de el Cérvix	SI NO
Histerectomía	SI NO
Otro	_____

NEUROLOGICO:

Derrame Cerebral	SI NO
Ataque Isquémico Transitorio	SI NO
Debilidad del Brazo o Piernas	SI NO
Hechizos temporales de ceguera	SI NO
Dificultad al hablar	SI NO
Ciática	SI NO
Desmayos	SI NO
Convulsiones	SI NO
Lesion de Espalda	SI NO
Dolores de Cabeza	SI NO
Otro	_____

MUSCULOSKELETAL:

Osteoporosis	SI NO
Artritis Reumatoide	SI NO
Osteoartritis	SI NO
Historia de fractura	SI NO
Fibromialgia	SI NO
Polimialgia Reumatica	SI NO

PROBLEMAS DE SANGRE Y SANGRAMIENTO:

Sana heridas lentamente	SI NO
Anemia	SI NO
Trastorno de Sangre	SI NO
Sangra miento excesivo en cirugía	SI NO
Moratonos anormales o sangra miento a cause de medicamentos anticoagulante	SI NO
Flebitis en la vena	SI NO
Otro	_____

INTEGUMENTARIO (TRASTORNO DE PIEL) / AUTOINMUNES:

Erupciones, Eczema, Psoriasis	CIRCULE UNA
Lupus, esclerodermia, Sjogrens	CIRCULE UNA
Células basales y escamosas celda	CIRCULE UNA
Melanoma	SI NO

PSIQUIÁTRICOS:

Ansiedad	SI NO
----------	-------

Depresión	SI NO
Ideación suicida	SI NO

¿QUÉ MEDICAMENTOS SON ALÉRGICAS A USTED?

¿ESTÁ TOMANDO ALGUN ANTICOAGULANTE?	SÍ NO
¿SE TOMA ESTATINAS?	SÍ NO
¿SE TOMA COUMADIN?	SÍ NO
¿USTED TOMA PREDNISONA?	SÍ NO
¿SE TOMA ASPIRINA?	SÍ NO
¿SE TOMA PLAVIX?	SÍ NO

NOMBRES Y DOSIS DE MEDICAMENTOS CONOCIDOS:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

SINTOMAS RECIENTES Y REVISIÓN DE SISTEMAS		(ROS)
Fiebre/escalofríos	SI NO	
Cambio de peso en los últimos 6 meses	SI NO	
Fatiga	SI NO	
¿Otros? _____		

¿ESTÁ EMBARAZADA?	SÍ NO
¿ESTA EN LA PILDORA?	SÍ NO

Problemas de audición	SI NO
Mareos	SI NO
Hechizos temporales de ceguera	SI NO
Visión doble	SI NO
Glaucoma	SI NO
Cataratas	SI NO

NEUROLÓGICOS:	
Brazo o pierna debilidad o parálisis	SI NO
Dificultad hablando	SI NO
Pérdida de la visión en un ojo	SI NO
Equilibrio pobre	SI NO
Dolores de cabeza	SI NO
Ciática	SI NO
Desfallecimiento	SI NO
Convulsiones	SI NO
Lesión en la espalda	SI NO

NEUROPATÍA:	
Entumecimiento en las piernas	SI NO

Hormigueos manos	SI NO
Hormigueos pies	SI NO

CARDIOVASCULAR:	
Dolor en el pecho en últimos 6 meses	SI NO
Angina de pecho en últimos 6 meses	SI NO
Falta de aliento con caminar	SI NO
Dificultad para respirar acostado	SI NO
Insuficiencia cardíaca	SI NO
Latidos cardíacos irregulares	SI NO

RESPIRATORIA:	
Escupir sangre	SI NO
Tos crónica o frecuente	SI NO
Falta de aliento	SI NO
Congestión de pecho	SI NO
Reciente infección respiratoria superior	SI NO
Síntomas de la gripe reciente	SI NO
Sibilancias	SI NO

VASCULAR:	
Hinchazón de pies o piernas	SI NO
Dolor en la pierna al caminar	SI NO
Dolor en los pies por la noche	SI NO
Heridas en las piernas y pies	SI NO
Varices	SI NO
Cambio de color de piel	SI NO
Gangrena	SI NO

PIEL:	
Picazón	SI NO
Erupciones	SI NO
Herida	SI NO
Lesiones	SI NO

GASTROINTESTINAL:	
Úlcera de estómago	SI NO
Vómitos de sangre	SI NO
Hernia de hiato	SI NO
Acidez estomacal o indigestión	SI NO
Enfermedades de la vesícula biliar	SI NO
Problemas de hígado	SI NO
Heces de color negro	SI NO
Cambios recientes en deposiciones	SI NO
Sangrado con deposiciones	SI NO
Hemorroides	SI NO
Diarrea frecuente	SI NO
Dolor abdominal	SI NO

GENITOURINARIA URINARIA:	
Dolor al orinar	SI NO
Impotencia	SI NO
Orina frecuente	SI NO
Sangre en la orina ahora	SI NO

Frecuentes infecciones urinarias	SI NO
---	--------------

MUSCULOESQUELÉTICOS:	
Músculo debilidad	SI NO
Dolor	SI NO
Rigidez común	SI NO
Inflamación conjunta	SI NO
Huesos dolorosos	SI NO

HEMATOLÓGICAS:	
Anemia	SI NO
Trastorno de la sangre	SI NO
Cáncer	SI NO

ENDOCRINA:	
Tratamiento de tiroides	SI NO
Diabetes	SI NO
Otros _____	

PSIQUIÁTRICOS:	
Depresión	SI NO
Ansiedad	SI NO

FIRMA PACIENTE: _____	FECHA: _____
------------------------------	---------------------