

Historia Médica

Información general

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/_____
 Seguro Social #: ___/___/_____
 Edad: _____ Sexo: M F
 ¿Qué idiomas habla? Inglés Español Polaco Otro: _____ Fecha: ___/___/_____

Historia médica Favor de marcar sus problemas de salud presentes y pasados.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias de temporada | <input type="checkbox"/> Problemas de los ojos o la vista | <input type="checkbox"/> Problemas de los pulmones |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Problemas de los pies | <input type="checkbox"/> Problemas menstruales |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula | <input type="checkbox"/> Enfermedades mentales |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Úlcera péptica | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Asma – Estridor | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Sobrepeso/obesidad |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migraña | <input type="checkbox"/> Pulmonía |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la sangre | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Problemas de la próstata |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Trastorno del ritmo del corazón | <input type="checkbox"/> Problemas sexuales |
| <input type="checkbox"/> Lesión en los huesos/articulaciones | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel, úlceras, llagas |
| <input type="checkbox"/> Viruela | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Problemas del sueño |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones o ataques | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Enfermedades del estómago/aparato digestivo |
| <input type="checkbox"/> Demencia-lagunas mentales | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Problemas orales o dentales | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> VIH-SIDA | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (positivo en alguna prueba de TB) |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas del riñon | <input type="checkbox"/> Problemas de la orina |
| <input type="checkbox"/> Problemas del oído o auditivos | <input type="checkbox"/> Problemas del hígado | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la alimentación | | |

Por favor, proporciónenos los detalles de cualquier enfermedad que usted haya anotado o infórmenos de alguna otra que no haya encontrado en nuestra lista.

Operaciones Favor de anotar las fechas y tipo de operaciones que le han hecho antes.

Fecha	Operación	Fecha	Operación

Medicamentos

Favor de anotar todos sus medicamentos (recetados y no recetados) incluyendo cremas o gotas para los ojos. También indique la dosis y frecuencia con que debe tomar de medicina.

Medicamento	Dosis / Frecuencia	Medicamento	Dosis / Frecuencia

Favor de anotar cualquier producto nutritivo, natural, herbario o dietético que esté tomando:

Alergias y reacciones Favor de anotar cualquier sustancia, medicina recetada y no recetada, comidas, planta, o cualquier material que le cause reacciones adversas y describa tal reacción.

Substancia	Reacción	Substancia	Reacción

Información y hábitos personales Sus respuestas serán confidenciales.

General

- ¿Está usted trabajando? Sí No Si contestó sí, ¿cuál es su trabajo? _____
- ¿Es usted? Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a
- ¿Es usted sexualmente activa/o? Sí No
- ¿Tiene usted hijos/as? Sí No Si contestó sí, ¿cuáles son sus edades? _____
- ¿Quién vive con usted? _____
- ¿Requiere usted de ayuda para moverse dentro de su casa, para vestirse, bañarse, usar el baño, o tomar sus comidas? Sí No Si contestó sí, ¿en qué necesita ayuda? _____
- ¿Hace ejercicio? Sí No Si contestó sí, ¿qué actividades y con qué frecuencia? _____
- ¿Cuándo fue su última visita al dentista? _____ ¿Tiene dentadura postiza? Sí No
- ¿Y al oculista? _____ ¿Usa usted lentes o lentes de contacto? Sí No
- ¿Ha viajado usted recientemente o viaja con frecuencia fuera de los Estados Unidos? Sí No
- Si contestó sí, ¿a dónde? _____

Substancias

¿Usa usted tabaco? Sí No
 ¿Si contestó no, ¿alguna vez usó tabaco? Sí No

¿Qué clase? Cigarrillos Cantidad y cuánto tiempo: _____
 Puros Cantidad y cuánto tiempo: _____
 Tabaco de masticar Cantidad y cuánto tiempo: _____

¿En el último año ha tomado o usado drogas más de lo debido? Sí No
 ¿En el último año ha pensado disminuir el consumo de alcohol o drogas? Sí No
 ¿Alguna ves se ha molestado o enojado cuando le han dicho de su uso de alcohol/drogas? Sí No
 ¿Se siente usted culpable de la cantidad de alcohol o drogas que usa? Sí No
 ¿Se ha levantado usted tomándose un trago para comenzar el día? Sí No
 ¿Aproximadamente cuantos tragos se toma en una semana? (Un trago equivale a 12oz de cerveza, 5oz de vino o un copa de licor) 0 1-7 8-10 11-13 14-20 21-30 31-40 41 o más

Seguridad

¿Ha tenido alguna caída en los últimos 6 meses? Sí No
 ¿Usa bordón, andador o alguna otra cosa para ayudarse a caminar? Sí No
 ¿Se siente usted en peligro o amenazado de algún modo u otro ya sea en su casa, trabajo o cualquier otro lugar? Sí No
 ¿Ha sido víctima de violencia o de cualquier abuso, (incluyendo abuso sexual) Sí No
 ¿Alguien, en el último año, la/lo agredió a golpes, patadas, o le hizo algún otro daño? Sí No
 ¿Se siente usted inseguro/a en peligro en su relación actual? Sí No
 ¿Ha sido forzada/o a tener sexo? Sí No
 ¿Usted o algún otro miembro de su familia tiene armas en su casa? Sí No
 ¿Usa usted el cinturón de seguridad cuando maneja? No Sí A veces
 ¿Tiene usted alarmas contra incendio en su casa? No Sí No lo sé

Nutrición

¿Cuánto pesa? _____ Su estatura? _____
 ¿Ha aumentado o rebajado más de diez libras de peso en el último mes? Sí No
 ¿Ha disminuido sus alimentos por más de una semana? Sí No
 ¿Tiene dificultad para tragar? Sí No
 (Para **mujeres**): ¿Está embarazada o lactando? Sí No
 ¿Está siguiendo un régimen alimenticio modificado, dieta especial, o se alimenta por medio de una sonda? Sí No
 Si es así, descríballo: _____

Historia clínica familiar Anote las enfermedades actuales y pasadas que hay en su familia (de parentesco sanguíneo) y su parentesco con quien la padece.

Enfermedad	Miembro de la familia	Enfermedad	Miembro de la familia
Alcoholismo,abuso de drogas		Colesterol alto	
Cáncer, tipo: _____		Enfermedad psiquiatrica	
Diabetes		Embolia cerebral	
Enfermedades cardiacas		Otra: _____	
Presión arterial		Otra: _____	

Historial Obstétrico y Ginecológico (para mujeres solamente)

¿A qué edad tuvo su primer periodo? _____

Si ya no tiene periodos ¿Ha qué edad dejó de tenerlos? _____

Por favor, escriba el número total de embarazos _____ Abortos _____ Abortos espontáneos _____

¿Planea embarazarse en us periodo de un año? Sí No

¿Está usted usando algún tipo de anticonceptivo? Sí No Si contesto sí, ¿qué tipo? _____

Estudios para el cáncer

Cáncer del seno (para mujeres solamente)

¿Cuándo fue su último mamograma (año)? _____ No recuerdo Nunca

¿Ha tenido algún mamograma anormal? Sí No No lo sé

Cáncer del cuello del útero (para mujeres solamente)

¿Cuándo fue su último Papanicolau (año)? _____ No recuerdo Nunca

¿Ha tenido algún Papanicolau anormal? Sí No No lo sé

Cáncer del colon (para hombres y mujeres mayores de 50 años)

¿Se ha hecho alguna vez pruebas para detectar cáncer del colon? Sí No No lo sé

Cáncer de la próstata (para hombres solamente)

¿Se ha hecho un examen rectal o la prueba de sangre llamada “PSA”? Sí No No lo sé

Vacunas

¿Recuerda cuando recibió su última vacuna para?:

El tétano: Sí, año (lo mas reciente): _____ Nunca No le sé

La influenza: Sí, año (lo mas reciente): _____ Nunca No le sé

La pulmonía: Sí, año (lo mas reciente): _____ Nunca No le sé

Directrices Avanzadas

¿Tiene usted un **Testamento Médico**

(un documento legal donde indica exactamente hasta dónde desea usted que se extienda su atención médica si se pusiera muy grave)? Sí No No lo sé

¿Tiene usted una **Carta Poder Médica**?

(éste es un documento legal en el cual asigna a una persona para que tome decisions sobre su atención médica si usted no pudiera hacerlo)? Sí No No lo sé

¿Desea información sobre el **Testamento Médico** o la **Carta Poder Médica**? Sí No

Síntomas –Revisión Sistémica:

Favor de indicar lo que applique a usted

CONSTITUCIONAL:

- Fiebre
- Sudores nocturnos
- Aumento de peso lbs _____
- Perdida de peso lbs _____
- Intolerancia al ejercicio

OJOS:

- Sequedad
- Irritación
- Cambio de vision

OÍDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA:

- Problemas para escuchar
- Dolor de oído
- Sangrado de la nariz
- Problemas de nariz/sinus
- Dolor de garganta
- Sangrado en las encías
- Ronquido
- Sequedad de boca
- Anormalidad de boca
- Úlcera en la boca
- Anormalidad de los dientes

CARDIOVASCULAR:

- Dolor de pecho causado por esfuerzo
- Dolor de brazo causado por esfuerzo
- Dificultad para respirar al caminar
- Dificultad para respirar al acostarse
- Palpitaciones
- Soplo cardíaco
- Mareado-a al pararse

RESPIRATORIO-A:

- Tos
- Respiración sibilante
- Falta de respiración
- Tos con sangre
- Apnea intermitente que ocurre durante el sueño

SISTEMA DIGESTIVO:

- Dolor abdominal
- Acidez
- Vómitos
- Cambio en el apetito
- Heces fecales negras y viscosas
- Diarrea
- Estreñimiento
- Sangre en el vómito

GENITOURINARIO:

- Pérdida de orina
- Dificultad para orinar
- Necesidad de orinar frecuentemente
- Sangre en la orina
- Sensación de retención de orina

URINARIO FEMENINO:

- Flujo vaginal anormal
- Sangrado entre períodos
- Masas en los senos
- Bochornos
- Períodos irregulares
- Dolor en el acto sexual
- Dolor severo durante el periodo
- Ulceras genitales

URINARIO MASCULINO:

- Masas testiculares
- Secresión del pene
- Ulceras genitales
- Insuficiencia de erección del pene

MUSCULOESQUELÉTICO-A:

- Dolor muscular
- Debilidad muscular
- Dolor en las articulaciones
- Dolor de espalda
- Inflamación de articulaciones

PIEL:

- Lunar abnormal
- Ictericia
- Erupción
- Problemas en las uñas
- Comezón
- Piel seca
- Crecimientos/lesiones

NEUROLÓGICO:

- Pérdida del conocimiento
- Debilidad
- Adormecimiento/hormigueo
- Problemas de memoria
- Convulsiones
- Mareo/vértigo
- Dolor de cabeza
- Migraña
- Piernas inquietas

PSIQUIÁTRICO:

- Depresión
- Ansiedad
- Sueño inquieto
- Se siente seguro en su relacion personal
- Abuso de alcohol

ENDOCRINO-A

- Cansancio excesivo
- Sed excesiva
- Pérdida de cabello
- Aumento en el crecimiento del cabello
- Intolerancia al frío

HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO:

- Glándulas inflamadas
- Moretones fácilmente
- Sangramiento excesivo

ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO:

- Nariz destilante
- Presión al sinus
- Comezón
- Ronchas
- Estornudo frecuente

Reviewed by:

PHYSICIAN

DATE