

# Formulario de historial médico del paciente

Complete este formulario de historial mientras espera ver a su médico. Toda la información es confidencial y es útil en su tratamiento.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

**Síntomas / problemas:** Marque los síntomas que tiene actualmente o ha tenido en el último año.

<p><b>GENERAL</b></p> <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Desmayo <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Olvido <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida del sueño <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Suda <input type="checkbox"/> _____	<p><b>GASTROINTESTINAL</b></p> <input type="checkbox"/> Poco apetito <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Cambios intestinales <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Hambre excesiva <input type="checkbox"/> Sed excesiva <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Indigestión <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Sangrado rectal <input type="checkbox"/> Dolor de estómago <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Vómitos de sangre	<p><b>OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA</b></p> <input type="checkbox"/> Sangrado de las encías <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Ojos cruzados <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Dolor de oídos <input type="checkbox"/> Secreción del oído <input type="checkbox"/> Fiebre del heno <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales <input type="checkbox"/> Tos persistente <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos <input type="checkbox"/> Problemas de los senos nasales <input type="checkbox"/> Visión - destellos <input type="checkbox"/> Otro	<p><b>Solo hombres</b></p> <input type="checkbox"/> Bulto en el pecho <input type="checkbox"/> Dificultades de erección <input type="checkbox"/> Bulto en los testículos <input type="checkbox"/> Secreción del pene <input type="checkbox"/> Dolor en el pene <input type="checkbox"/> Otro Has tenido un mamografía? _____
<p><b>MÚSCULO / ARTICULACIÓN / HUESO</b></p> <input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> atrás <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Manos <input type="checkbox"/> Caderas <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Espalda	<p><b>CARDIOVASCULAR</b></p> <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Presión arterial baja <input type="checkbox"/> Mala circulación <input type="checkbox"/> Latidos rápidos <input type="checkbox"/> Hinchazón de tobillos <input type="checkbox"/> Venas varicosas	<p><b>PIEL</b></p> <input type="checkbox"/> Fácilmente abollado <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Picor <input type="checkbox"/> Cambio de lunares <input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Cicatrices <input type="checkbox"/> Dolor que no sanará	<p><b>Solo mujeres</b></p> <input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou anormal <input type="checkbox"/> Sangrado entre períodos <input type="checkbox"/> Bulto en el pecho <input type="checkbox"/> Dolor menstrual extremo <input type="checkbox"/> Sofocos <input type="checkbox"/> Secreción del pezón <input type="checkbox"/> Coito doloroso <input type="checkbox"/> Secreción vaginal <input type="checkbox"/> Otro Fecha de la última menstruación período: _____ Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____ Fecha de la última mamografía? _____ ¿Estás embarazada? _____ Numero de niños: _____

**Condiciones / Enfermedades:** Verifique las condiciones que tiene actualmente o ha tenido en el último año.

<input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Apendicitis <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos <input type="checkbox"/> Bulto en el pecho <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Bulimia <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Dependencia química <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Coto <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> VIH positivo <input type="checkbox"/> Nefropatía <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Problema de próstata <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> escarlatina <input type="checkbox"/> Carrera <input type="checkbox"/> Intento de suicidio <input type="checkbox"/> Problemas tiroideos <input type="checkbox"/> Amigdalitis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Infecciones vaginales <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea
---	--	---	--

**Medicamentos:** Enumere los medicamentos que está tomando actualmente.

**Alergias:** (Alimentos / Ambiental / Drogas)

¿Está tomando los medicamentos según lo prescrito?  sí  No

Si no es así, ¿por qué? \_\_\_\_\_

Reacción: \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Historia familiar:** Complete la información de salud de su familia.

Relación	Envejecer	Estado de Salud	Edad al morir	Causa de la muerte	Compruebe si sus parientes consanguíneos tenían alguno de los siguientes: Enfermedad: Relación con usted:		
Padre						Artritis, Gota	
Mamá						Asma, fiebre del heno	
Hermanos						Cáncer	
						Dependencia química	
						Diabetes	
						Enfermedad cardíaca, accidentes cerebrovasculares	
Hermanas						Alta presión sanguínea	
						Nefropatía	
						Tuberculosis	
						Enfermedad mental	
						Problemas hereditarios	

**Hospitalizaciones / Cirugías / Enfermedades graves / Lesiones:**

Año	Hospital	Razón de la hospitalización y resultado

**Mujer:**

Año de nacimiento	Sexo de nacimiento	Complicaciones?

Fecha del último examen físico de salud: \_\_\_\_\_  
 ¿Tuvo alguno? Laboratorio: \_\_\_\_\_ Radiografías: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**Masculino:** Último autoexamen testicular \_\_\_\_\_  
 ¿Historia de enfermedades de transmisión sexual?  Sí  No

**Vacunas:**

Última MMR (sarampión, paperas, rubéola): \_\_\_\_\_

¿Practicas sexo seguro?  sí  No

Última gripe: \_\_\_\_\_ Última neumonía: \_\_\_\_\_

¿Cómo te identificas?  Heterosexual  
 Homosexual  Bisexual  Interrogatorio

¿Alguna vez has tenido sangre? trans ¿fusión?

sí  No

En caso afirmativo, indique fechas aproximadas:

**Hábitos saludables:** Verifique qué sustancias consume y describa la cantidad que consume.

Cafeína	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> 1 o 2	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 5 o más
Tabaco	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> 1 paquete/semana	<input type="checkbox"/> 1 paquete/día	<input type="checkbox"/> 2 paquetes/día
¿Cuándo dejaste de fumar?		¿Cuánto tiempo fumaste?		
Drogas	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Prescripción		<input type="checkbox"/> Recreativo
Alcohol	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Social	<input type="checkbox"/> 1-2 días	<input type="checkbox"/> 3 o más / día

**Dieta / ejercicio:**

Tipo de dieta: \_\_\_\_\_

¿Hacer ejercicio? (Un círculo)

No Mínimo Moderado

¿Consideraría que su vivienda es:  Estable  Inestable

¿Visita al dentista con regularidad? \_\_\_\_\_ Fecha aproximada de la última cita dental  
 Sí  No

**Victimización (marque con un círculo):**

Abuso físico Abuso sexual Abuso de ancianos  
 Adulto molestado como víctima de robo infantil  
 Víctima de asalto Violencia en el noviazgo Violencia doméstica  
 Trata de personas Otro: \_\_\_\_\_

**Riesgo de caída:**

¿Se ha caído en algún momento durante el año pasado?  sí  No

¿Cuántas caídas? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Lesión? \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda con las actividades diarias como preparar una comida o ir de compras?  sí  No

¿Te esfuerzas por escuchar la televisión o hablar a la gente?  Sí  No

**Otro:**

¿Preferencias espirituales o culturales?

Proxy de atención médica

Poder notarial duradero para el cuidado de la salud

Directiva anticipada  Sí  No

norteame: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Paciente que no puede o no desea hablar sobre las instrucciones anticipadas

Proveedor de atención primaria \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto del proveedor de atención primaria \_\_\_\_\_

**Ocupacional:** Está usted empleado?  Sí  No

Ocupación: \_\_\_\_\_

Compruebe si su trabajo lo expone a lo siguiente:

	Estrés
	Levantamiento pesado
	Movimiento repetitivo

¿Alguna vez ha estado expuesto a sustancias químicas o radiación?  Sí  No

Certifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender. No retendré a mi médico ni a ningún miembro de su personal responsable de cualquier error u omisión que pueda haber cometido al completar este formulario.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Revisado por \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_