

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.

Solo hombres

GENERAL

- ☐ Escalofríos
- ☐ Depresión
- ☐ Mareo
- ☐ Desmayo
- ☐ Fiebre
- ☐ Olvido
- ☐ Dolor de cabeza
- ☐ Pérdida del sueño
- ☐ Pérdida de peso
- ☐ Nerviosismo
- ☐ Entumecimiento
- ☐ Suda
- ☐

GASTROINTESTINAL

- ☐ Poco apetito
- ☐ Hinchazón
- ☐ Cambios intestinales
- ☐ Estreñimiento
- ☐ Diarrea
- ☐ Hambre excesiva
- ☐ Sed excesiva
- ☐ Gas
- ☐ Hemorroides
- ☐ Indigestión
- ☐ Náusea
- ☐ Sangrado rectal
- ☐ Dolor de estómago
- ☐ Vómitos
- ☐ Vómitos de sangre

OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA

- ☐ Sangrado de las encías
- ☐ Visión borrosa
- ☐ Ojos cruzados
- ☐ Dificultad para tragar
- ☐ Visión doble
- ☐ Dolor de oídos
- ☐ Secreción del oído
- ☐ Fiebre del heno
- ☐ Ronquera
- ☐ Pérdida de la audición
- ☐ Hemorragias nasales
- ☐ Tos persistente
- ☐ Zumbido en los oídos
- ☐ Problemas de los senos nasales
- ☐ Visión - destellos
- ☐ Otro

- ☐ Bulto en el pecho
- ☐ Dificultades de erección
- ☐ Bulto en los testículos
- ☐ Secreción del pene
- ☐ Dolor en el pene
- ☐ Otro
- Has tenido un
mamografía? _____

Solo mujeres

- ☐ Prueba de Papanicolaou anormal
- ☐ Sangrado entre períodos
- ☐ Bulto en el pecho
- ☐ Dolor menstrual extremo
- ☐ Sofocos
- ☐ Secreción del pezón
- ☐ Coito doloroso
- ☐ Secreción vaginal
- ☐ Otro
- Fecha de la última menstruación
período: _____
- Fecha de la última prueba de
Papanicolaou: _____

MÚSCULO / ARTICULACIÓN / HUESO

- ☐ Brazos
- ☐ Caderas
- ☐ atrás
- ☐ Piernas
- ☐ Pies
- ☐ Cuello
- ☐ Manos
- ☐ Espalda

CARDIOVASCULAR

- ☐ Dolor en el pecho
- ☐ Alta presión sanguínea
- ☐ Arritmia
- ☐ Presión arterial baja
- ☐ Mala circulación
- ☐ Latidos rápidos
- ☐ Hinchazón de tobillos
- ☐ Venas varicosas

PIEL

- ☐ Fácilmente abollado
- ☐ Urticaria
- ☐ Picor
- ☐ Cambio de lunares
- ☐ Erupción
- ☐ Cicatrices
- ☐ Dolor que no sanará

GENITOURINARIO

- ☐ Sangre en la orina
- ☐ Micción frecuente
- ☐ Falta de control de la vejiga
- ☐ Dolor al orinar

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

Vacunas:

Última MMR (sarampión, paperas, rubéola): _____

Última gripe: _____ Última neumonía: _____

¿Alguna vez has tenido sangre? trans¿fusión?

☐ sí ☐ No

En caso afirmativo, indique fechas aproximadas: _____

Dieta / ejercicio:

Tipo de dieta: _____

¿Hacer ejercicio? (Un círculo)

No Mínimo Moderado

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: _____

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 _____

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 _____

Revisado por _____

Masculino: Último autoexamen testicular _____

¿Historia de enfermedades de transmisión sexual? ☐ Sí ☐ No

¿Practicas sexo seguro? ☐ sí ☐ No

¿Cómo te identificas? ☐ Heterosexual

☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Interrogatorio

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

¿Consideraría que su vivienda es: ☐ Estable ☐ Inestable

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

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

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