



Historia Médica / Actualización

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Porqué vino ud. a la consulta médica? (Por favor marquee todo lo que aplique.)

- Examen Físico, Examen Físico con Papanicolao, Examen de seguimineto para: Diabetes, Asma, Problemas de la Tiroides, Otro problema, Presión Alta, Dolor en las Articulaciones, Osteoporosis, Cholesterol Alto, Depresión / Ansiedad, Reflujo / Acidez

Nuevo Problema (Por favor explique.): \_\_\_\_\_

1. Ha sido diagnosticado de algún problema nuevo desde su última consulta médica? Sí No Por favor explique: \_\_\_\_\_

2. Ha tenido alguna cirugía desde su última consulta? Sí No Por favor explique: \_\_\_\_\_

3. Le ha dado alergia alguna medicina desde su última consulta? Sí No Por favor escriba la medicina y la reacción: \_\_\_\_\_

4. Ud. fuma? Sí No Cuanto fuma? \_\_\_\_\_

5. Bebe alcohol regularmente? Sí No Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

6. Tiene parientes cercanos con alguna de las siguientes condiciones? Sí No Circule las condiciones apropiadas y escriba las que no estén en la lista. Cáncer de Mama, Cáncer de Colon, Diabetes, Enfermedad del Corazón

7. Hace ud. ejercicio regularmente? Sí No Qué tipo de ejercicio? Con qué frecuencia? veces por semana Por cuánto tiempo? minutos

8. Sigue ud. una dieta específica? Sí No Qué tipo de dieta? \_\_\_\_\_

9. Por favor indique si ha tenido alguno de los siguientes síntomas:

- Fiebre, Escalofríos, Sentirse mal, Cansancio, Subió de peso, Bajó de peso, Dolor en los ojos, Ojos rojos, Sequedad en los ojos, Comezón en los ojos, Pus en los ojos, Problemas con la visión, Dolor de oído, Pérdida de la audición, Sangrados de la nariz, Flujo de moco por la nariz, Dolor de garganta, Ronquera, Latidos del corazón muy lentos, Latidos del corazón muy rápidos, Dolor de pecho, Sentir el corazón latiendo muy fuerte, Calambres en las piernas al caminar, Falta de aire, Silbidos en el pecho, Tos, Falta de aire en la noche, Dolor abdominal (de barriga), Vómitos, Nauseas, Estreñimiento, Diarrea, Acidez, Sangre en la deposición, Dolor al orinar, Se escapa la orina, Orinar muy seguido, Orinar en la noche, Sangrado vaginal fuera de los periodos, Flujo vaginal, Heridas en los genitales, Dolor en la pelvis (abdomen bajo), Dolor en los testículos, Dolor en las articulaciones (coyunturas), Hinchazón de las coyunturas, Tensión en las coyunturas, Dolor en las piernas, Hinchazón en las piernas, Lesiones en la piel, Heridas en la piel, Crecimientos anormales, Cambios en los lunares, Picazón, Piel seca, Dolor en los senos, Crecimiento/tumor en los senos, Dolor de cabeza, Mareos, Convulsiones, Confusión, Desmayos, Debilidad general, Debilidad muscular, Debilidad de las piernas, Dificultad para caminar, Depresión, Ansiedad, Problemas para dormir, Alucinaciones, Pensamientos de suicidio, Problemas emocionales, Bochornos, Problemas con las erecciones, Ojos salidos, Glándulas agrandadas, Sangrar fácilmente

Ninguna de las anteriores

Si éste es su examen anual:  No aplica

**Mujeres**

Histerectomía  Menopáusica (Tiene sangrías?  Sí  No)

1. Primer día de su último período? \_\_\_\_\_
2. Qué tipo de control de natalidad usa ud.? \_\_\_\_\_
3. Su período ocurre con regularidad?  Sí  No \_\_\_\_\_ Es muy abundante?  Sí  No \_\_\_\_\_
4. Es activa sexualmente?  Sí  No \_\_\_\_\_ Tiene problemas con la función sexual?  Sí  No \_\_\_\_\_

**Hombres**

1. Tiene problemas con la función sexual?  Sí  No
2. Ha encontrado un bulto en sus testículos?  Sí  No
3. Tiene descarga del pene?  Sí  No

Si es diabetico:  No aplica

1. Con qué frecuencia verifica su nivel de azúcar? \_\_\_\_\_
2. Cuales fueron sus niveles ultimamente? Mayor \_\_\_\_\_ Menor \_\_\_\_\_ Promedio \_\_\_\_\_
3. Cuando fue su último examen de la vista? \_\_\_\_\_ Tiene ud. problemas de vista causados por la diabetes? Sí No
4. Sigue ud. la dieta para diabéticos \_\_\_\_\_
5. Se examina ud. los pies todos los días? Sí No Ha notado algún problema? \_\_\_\_\_
6. Ha visto un educador de diabetes? Sí No Cuando fue su última consulta? \_\_\_\_\_

Si tiene presión alta / nutricionista:  No aplica

1. Se mide la presión en la casa o en otro sitio?  Sí  No  
Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
Por favor liste sus medidas recientes: \_\_\_\_\_

Si tiene el colesterol alto:  No aplica

1. Sigue una dieta de colesterol bajo?  Sí  No
2. Si usa medicina para el colesterol, ha sentido dolores anormales?  Sí  No

Por favor liste todas medicinas que toma.  Ninguna Medicina

Medicina	Dosis	Frecuencia	Recetado por: (Si es otro médico el que le receta.)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Use el dorso para listar medicinas adicionales.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente Fecha Revisado por Fecha