

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre de su anterior médico \_\_\_\_\_ Nombre y número telefónico de su farmacia \_\_\_\_\_

¿Qué problema lo trae hoy a la consulta médica? \_\_\_\_\_

¿Otros problemas? \_\_\_\_\_

**Historia Médica Previa**

¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problems médicos? Si su respuesta es afirmativa marque con una X los cuadrados correspondientes y la fecha aproximada en que fue diagnosticado (año si es posible)

	Fecha		Fecha
<input type="checkbox"/> Presión alta	_____	<input type="checkbox"/> Acidez o reflujo	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes: <input type="checkbox"/> requiere insulina	_____	<input type="checkbox"/> Síndrome de colon irritable	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón	_____	<input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa	_____
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral (stroke)	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Chron	_____
<input type="checkbox"/> Asma	_____	<input type="checkbox"/> Cáncer de colon o pólipos del colon	_____
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	_____	<input type="checkbox"/> Sangrados anormales	_____
<input type="checkbox"/> Cáncer (incluya el tipo)	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas	_____
<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides	_____	<input type="checkbox"/> Anemia	_____
<input type="checkbox"/> Problemas del hígado	_____	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia	_____
<input type="checkbox"/> Problemas del riñón	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad bipolar	_____
<input type="checkbox"/> Convulsiones / epilepsia	_____	<input type="checkbox"/> Depresión	_____
<input type="checkbox"/> Migrañas	_____	<input type="checkbox"/> Ansiedad	_____
<input type="checkbox"/> Alcoholismo o uso de drogas	_____	<input type="checkbox"/> Otros problemas psiquiátricos	_____
<input type="checkbox"/> Glaucoma	_____	<input type="checkbox"/> Gota	_____
<input type="checkbox"/> Alergias	_____	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	_____
<input type="checkbox"/> Enfisema	_____	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	_____
<input type="checkbox"/> Neumonía	_____	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	_____
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	_____	<input type="checkbox"/> Dolor crónico	_____
<input type="checkbox"/> Otros problemas del pulmón	_____	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	_____
<input type="checkbox"/> SIDA o HIV positivo	_____	<input type="checkbox"/> Coágulos en las piernas	_____
<input type="checkbox"/> Gastritis o úlceras	_____	<input type="checkbox"/> Coágulos en el pulmón	_____
		<input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores	

Alguna otra enfermedad que no esté listada anteriormente \_\_\_\_\_

Por favor liste sus cirugías previas y el año en que lo operaron  Ninguna cirugía

Por favor denos una lista de todas las medicinas que toma:  No Tomo Medicinas

	Medicina	Dosis	Número de veces al día
1			
2			
3			
4			
5			

Por favor liste alergias a medicinas y la reacción que tuvo con cada una  Ninguna alergia / reacción a medicina

## Hábitos

- Número de cigarrillos que fuma al día \_\_\_\_\_  No fumo  
Número de años que lleva fumando \_\_\_\_\_  
Si es un ex-fumador, fecha en que dejó de fumar \_\_\_\_\_  
Número de años que fumó \_\_\_\_\_
- Alcohol (Tipo y cantidad que toma al día) \_\_\_\_\_  No tomo alcohol  
Si tomaba antes, fecha en que dejó de tomar \_\_\_\_\_
- Café: Número de tazas por día \_\_\_\_\_  No tomo café
- Drogas: Tipo y cantidad por día \_\_\_\_\_  No uso, ni he usado drogas  
Si usaba antes, ¿cuándo lo dejó? \_\_\_\_\_
- Estado Civil  soltero/a  casado/a  divorciado/a  viudo/a  convivo con un hombre  convivo con una mujer

**Historia Médica Familiar** Soy adoptado  (si es adoptado marque el cuadrado y sólo responda a las preguntas de historia familiar con respecto a su esposo/a e hijos)

¿Algún familiar suyo ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos? (marque los correspondientes y denos la relación del familiar y edad en que fue diagnosticado)

Relación con ud. y edad aproximada en que se diagnosticó

- Cáncer de mama (pecho, seno) \_\_\_\_\_
- Cáncer de colon \_\_\_\_\_
- Pólipos en el colon \_\_\_\_\_
- Cáncer de próstata \_\_\_\_\_
- Otro tipo de cáncer (especifique de dónde) \_\_\_\_\_
- Diabetes  requiere insulina \_\_\_\_\_
- Colesterol alto \_\_\_\_\_
- Derrame cerebral ("stroke") \_\_\_\_\_
- Enfermedad del Corazón \_\_\_\_\_
- Asma \_\_\_\_\_
- Tuberculosis \_\_\_\_\_
- Depresión \_\_\_\_\_
- Ansiedad \_\_\_\_\_
- Enfermedad bipolar \_\_\_\_\_
- Esquizofrenia \_\_\_\_\_
- Otras enfermedades mentales \_\_\_\_\_
- Alcoholismo \_\_\_\_\_
- Drogadicción \_\_\_\_\_
- Problemas de tiroides \_\_\_\_\_
- Ulceras \_\_\_\_\_
- Otros no especificados \_\_\_\_\_
- Ninguno de los anteriores

## Revisión de Sistemas

Peso normal \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ kg

Ha subido o bajado de peso en el último año?  No  Sí, subí \_\_\_\_\_ libras  Sí, baje \_\_\_\_\_ libras

¿Hace ejercicio regularmente?  No  Sí Tipo de ejercicio \_\_\_\_\_

Número de veces por semana que hace ejercicio \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo cada vez? \_\_\_\_\_

¿Sigue alguna dieta especial?  No  Sí Tipo de dieta \_\_\_\_\_

Número de calorías (si sabe) \_\_\_\_\_

Ha tenido alguno de los siguientes síntomas recientemente (maque con una X si la respuesta es afirmativa)

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

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

Ninguno de los anteriores

#### Sólo para mujeres

Nombre de su ginecólogo (si tiene uno/a) \_\_\_\_\_

Quiere hacer sus exámenes ginecológicos anuales aquí?  Sí  No

Cuándo empezó su último periodo?

Cuántos días entre sus periodos?

Sangra entre sus periodos?

Son abundantes sus periodos?

Fecha de su último papanicolao:

Alguna vez a tenido un papanicolao anormal?

Fecha de su último mamograma: \_\_\_\_\_

Fecha de su última densidad ósea \_\_\_\_\_

Tipo de control de la natalidad que utiliza: \_\_\_\_\_

Número de embarazos: \_\_\_\_\_

Se examina los senos mensualmente?

Algún problema?

Tiene relaciones sexuales?  Sí  No

Si no, ha sido activa sexualmente en el pasado?  Sí  No

#### Otras preguntas

Fecha de su último colesterol \_\_\_\_\_ Cuánto salió?

Alguna vez le han hecho una colonoscopia o sigmoidoscopia (examen del colon)  Sí  No

Si es así, cuándo se la hicieron? Fecha \_\_\_\_\_

Y por qué motivo? \_\_\_\_\_

Fecha de su última vacuna contra el tétano: \_\_\_\_\_

Fecha de su última vacuna contra la neumonía \_\_\_\_\_

Se pone la vacuna contra la influenza regularmente?  Sí  No

Se ha puesto las vacunas contra

Hepatitis B?  Sí  No

Hepatitis A?  Sí  No

#### Sólo para hombres

Fecha de su último examen de la próstata? \_\_\_\_\_

Tiene problemas con las erecciones?  Sí  No  
(impotencia)

Bulto/s en los testículos?  Sí  No

Descarga del pene?  Sí  No

Ha tenido enfermedades sexualmente transmitidas?  Sí  No

Algún otro problema?  
\_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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