**Nuevo Historial Médico del Paciente**

|  |
| --- |
| **Indique Brevemente en el Recuadro Debajo del Motivo de su Vista** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Historial Medico** | |
| Condición / Enfermedad | El Año que Comenzó |
| * Hipertensión (Presión Alta) |  |
| * Colesterol Alto |  |
| * Híper / Hipotiroidismo |  |
| * EPOC, Enfisema o Asma |  |
| * Diabetes |  |
| * Reflujo Gastroesofágico |  |
| * Depresión o Ansiedad |  |
| * Desorden de Déficit de Atención / Desorden Hiperactivo y Déficit de Atención |  |
| * Condiciones del Corazón |  |
| * Otro(s): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cirugías / Hospitalizaciones / Lesiones Graves o Fracturas** | |
| Tipo de Cirugía / Hospitalizaciones | Mes / Año |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Historia Familiar** | | | | |
| **Relativa(o)** | **Vivo / Fallecido** | **Edad Actual o Edad que Murió** | **Causa de la Muerte** | **Problemas de Salud** |
| Padre: |  |  |  |  |
| Madre: |  |  |  |  |
| Hermano(s): |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Hermana(s): |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Hijo(s) / Hija(s): |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Medicamentos / Alergias o Intolerancias Alimentarias**  **Indique Abajo los Medicamentos Alimentos que Causan Una Reacción Alérgica**  **(es decir hinchazón, sarpullido) o intolerancia (es decir nauseas)** | |
| Medicamentos / Alimentos | Reacción |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Medicamentos Actuales** | |
| Nombre del Medicamento | Dosis |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vacunaciones** | |
|  | Fecha (Mes / Año) |
| Tétanos (Tdap) |  |
| Influenza (Gripe) |  |
| Neumonía |  |
| Culebrilla (Herpes) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mantenimiento de La Salud** | | |
| Prueba Realizada | Fecha (Mes / Año) | Por Favor Marque Si o No |
| Lípidos (Colesterol) |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | ¿Anormal? | * Si | * No | |
| Colonoscopia |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | ¿Anormal? | * Si | * No | |
| Mamografía |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | ¿Anormal? | * Si | * No | |
| Papanicolaou |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | ¿Anormal? | * Si | * No | |
| Densidad de Los Huesos |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | ¿Anormal? | * Si | * No | |
| Examen de La Vista |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Historia Social** | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | ¿Bebes alcohol? | * Si | * No | | ¿Número de bebidas? |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | ¿Fuma actualmente? | * Si | * No | | Si usted fuma, ¿cuántos paquetes al día? |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | ¿Fumabas antes? | * Si | * No | | Si antes fumaba ¿en qué año renunció? |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | ¿Haces ejercicio? | * Si | * No | | ¿Duración y frecuencia? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Revisión de Sistemas**  **Marque cualquier síntoma persistente que haya tenido en los últimos meses. Lea cada sección y marque “sin problemas” si ninguno de los síntomas se aplica a usted.** | | |
|  | | |
| **General** | **Respiratorio** | **Hematológico/Linfático** |
| * Pérdida de peso inexplicable / ganancia | * Tos / Respirar | * Glándulas inflamadas |
| * Cansancio inexplicable / debilidad | * Ronquidos fuertes | * Moretones con facilidad |
| * Fiebre / Escalofríos | * Respiración alterada durante sueño | * **No hay problemas** |
| * **No hay problemas** | * Falta de aliento con el esfuerzo |  |
|  | * **No hay problemas** | **Neurológico** |
| **Piel** |  | * Dolor de cabeza |
| * Nuevo o cambio en mole | **Gastrointestinal** | * Pérdida de memoria |
| * Sarpullido / picazón | * Acidez / reflujo / indigestión | * Desmayo |
| * **No hay problemas** | * Sangre o cambio en el intestino. | * Mareo / Vértigo |
|  | * Estreñimiento | * Hormigueo/adormecimiento |
| **Pecho** | * **No hay problemas** | * Inestable / Coger |
| * Dolor de pecho/bulto/secreción del pezón |  | * Caídas frecuentes |
| * **No hay problemas** | **Genitourinario** | * **No hay problemas** |
|  | * Gotear orina / orina en sangre |  |
| **Orejas / Nariz / Garganta** | * Urinación en la noche | **Alérgico / Inmune** |
| * Hemorragias de la Nariz | * Mayor frecuencia de orina | * Alergias temporal |
| * Dificultad al tragar | * Descarga de pene o vagina | * Infecciones frecuentes |
| * Dolor de garganta frecuente, ronquera | * Preocupación por la función sexual | * **No hay problemas** |
| * Pérdida de audición / zumbido en los oídos | * **No hay problemas** |  |
| * **No hay problemas** |  | **Psiquiátrico** |
|  | **Musculoesquelético** | * Ansiedad |
| **Ojos** | * Dolor de cuello | * Depresión |
| * Cambio en la visión | * Dolor de espalda | * Estrés |
| * Dolor de ojo | * Dolor muscular / articular | * Irritabilidad |
| * Ojos rojos | * **No hay problemas** | * Problemas para dormir |
| * **No hay problemas** |  | * Falta de concentración |
|  | **Cardiovascular** | * **No hay problemas** |
| **Solo Mujeres** | * Dolor / malestar en el pecho |  |
| * Síntoma premenstrual (calambres) | * Palpitaciones | **Endocrino** |
| * Problema con los periodos menstruales | * **No hay problemas** | * Sensibilidad al calor / frío |
| * Sofocos / sudores nocturnos |  | * **No hay problemas** |
| * **No hay problemas** |  |  |

|  |
| --- |
| Por favor escriba cualquier otra preocupación aquí: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |