**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |