



**TEXAS NEURODIAGNOSTIC, HEADACHE & SLEEP DISORDERS CENTER, P.A.
BORIS KAIM, MD.**

2311 N. Mesa Bldg. F El Paso, Texas 79902
PHONE: (915) 544-6400 FAX: (915) 544-2836

NOTE: Esta es información confidencial de su historia médica y será guardada en esta oficina. La información contenida aquí no se le va dar a nadie más, a menos que usted nos autorize.

FECHA DE HOY: _____

INFORMACION CLINICA

NOMBRE _____ EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

OCCUPACION _____

CASADO: _____ VIUDO: _____ DIVORCIADO: _____ SEPARADO: _____ SOLTERO: _____

CON QUIEN VIVE? _____

CAUSA DE CONSULTA O PROBLEMA PRINCIPAL:

1. _____
2. _____
3. _____

ENFERMEDADES O PROBLEMAS MEDICOS QUE USTED TENGA AHORA (tales como diabetes, presión alta, enfermedad de la tiroides, otras condiciones):

DOCTORES QUE ESTAN TRATANDO A USTED AHORA: _____

MEDICINAS QUE ESTE TOMANDO AHORA INCLUYENDO MEDICINAS SIN RECETA MEDICA:

Por favor hágale un círculo a la respuesta, NO o SI si usted tiene o ha tenido unos de los problemas siguientes:

NEUROPSICIATRICO

1.	Dolores de cabeza frecuentes	no	si	44.	Dolor en brazos y piernas	no	si
2.	Dolores de cabeza palpitantes	no	si	45.	Neuralgias	no	si
3.	Syncope (pérdida de conocimiento)	no	si	46.	Neuritis	no	si
4.	Convulsiones, epilepsia	no	si	47.	Falta de control de la vejiga	no	si
5.	Meningitis	no	si	48.	Falta de control de recto	no	si
6.	Encefalitis	no	si	49.	Otros problemas neurológicos	no	si
7.	Cisticercosis cerebral	no	si	50.	Defectos de nacimiento	no	si
8.	Fatiga severa	no	si	51.	Defecto de lenguaje	no	si
9.	Myasthenia gravis	no	si	52.	Fractura del cráneo	no	si
10.	Enfermedad de Parkinson	no	si	53.	Problemas de memoria	no	si
11.	Sclerosis múltiple	no	si	54.	Dificultad para trabajar	no	si
12.	Movimientos involuntarios	no	si	55.	Dificultad para hablar	no	si
13.	Torticolis	no	si	56.	Dificultad para entender	no	si
14.	Embolio cerebral	no	si	57.	Dificultad para escribir	no	si
15.	Parálisis	no	si	58.	Dificultad para leer	no	si
16.	Inhabilidad para hablar/ comprender	no	si	59.	Reciente dificultad para vestirse	no	si
17.	Trauma de la cabeza	no	si	60.	Desorientación (usted se pierde?)	no	si
18.	Sangrado cerebral (hematoma)	no	si	61.	Nerviosidad	no	si
19.	Aneurisma cerebral	no	si	62.	Se preocupa mucho?	no	si
20.	Tumor cerebral	no	si	63.	Repite actos continuamente	no	si
21.	Cirugía cerebral	no	si	64.	Piensa acerca de lo mismo continuamente	no	si
22.	Cirugía espinal	no	si	65.	Es un perfeccionista	no	si
23.	Cirugía arterial	no	si	66.	Miedo, fobia de gente, animales,	no	si
24.	Mielograma	no	si	67.	Miedo de estar sin espacios cerrados (claustrofobia)	no	si
25.	Electroencefalograma	no	si	68.	Enfermedades sin alguna causa física	no	si
26.	Electromiograma	no	si	69.	Dificultad para aprender	no	si
27.	Arteriograma, angiograma, DSA	no	si	70.	Depresión	no	si
28.	Escanografía cerebral	no	si	71.	Episodios de sentirse muy contento, excitado	no	si
29.	MRI cerebral o espinal	no	si	72.	Enfermedad bipolar (maniaco depresiva)	no	si
30.	Radiografía de la columna espinal	no	si	73.	Tensión emocional	no	si
31.	Radiación del cerebro o la columna espinal	no	si	74.	Problemas nerviosos graves	no	si
32.	Biopsia cerebral	no	si	75.	Oye voces	no	si
33.	Debilidad muscular	no	si	76.	Ve visiones	no	si
34.	Debilidad de brazos	no	si	77.	Usted percibe olores que otra gente no percibe	no	si
35.	Debilidad de piernas	no	si	78.	Ve luces o rayas de colores	no	si
36.	Dificultad en caminar	no	si	79.	Usted cree que alguien esta contra usted	no	si
37.	Incoordinación	no	si	80.	Cambio de personalidad	no	si
38.	Calambres	no	si				
39.	Poliomielitis	no	si				
40.	Dolor en el cuello	no	si				
41.	Dolor en la parte alta de la espalda	no	si				
42.	Dolor en las caderas	no	si				
43.	Dolor en la cara	no	si				

81.	Prefiere estar solo	no	si	118.	Dificultad para mantener el sueño	no	si
82.	Es usted un optimista	no	si	119.	Se despierta temprano en la mañana	no	si
83.	Es usted pesimista	no	si	120.	Ronca	no	si
84.	Se siente agresivo	no	si	121.	Apnea de sueño (usted deja de respirar de noche?)	no	si
85.	Es violento contra otra gente	no	si	122.	Ahogos o falta de aire cuando está durmiendo	no	si
86.	Desea morir	no	si	123.	Tiene dolores de cabeza cuando se levanta en la mañana	no	si
87.	Ideas suicidas	no	si	124.	Sueno intranquilo	no	si
88.	Intentos suicidas	no	si	125.	Se queda dormido cuando maneja carros	no	si
89.	Ideas homicidas o intentos homicidas	no	si	126.	Oye voces cuando se esta quedando dormido	no	si
90.	Anorexia, bulimia	no	si	127.	Se cae a menudo	no	si
91.	Tratamiento psiquiátrico, electroshock, tranquilizantes, antidepresivos	no	si	128.	Se le caen cosas de las manos	no	si
92.	Tratamiento con Litio	no	si	129.	Se siente dormido durante el día	no	si
93.	Ha usado drogas ilegales Cuales _____ La Ultima vez _____	no	si	130.	Patea de noche	no	si
94.	Bebe debidas alcohólicas Que tanto _____	no	si	131.	Da muchas vueltas en la cama de noche	no	si
95.	Fuma Que tanto _____	no	si	132.	Tiene la tendencia de mover las piernas o de caminar cuando se está quedando dormido	no	si
96.	Toma mucho café o te?	no	si	133.	Pesadillas	no	si
97.	Problemas o desordenes sexuales	no	si	134.	Regurgita alimento cuando esta durmiendo	no	si

ORGANOS DE LOS SENTIDOS

98.	Enfermedad de los ojos	no	si	135.	Mucho sumo en el día?	no	si
99.	Visión borrosa	no	si	136.	Camina dormido	no	si
100.	Glaucoma	no	si	137.	Habla dormido	no	si
101.	Visión doble	no	si	138.	Sensación de parálisis cuando está durmiendo	no	si
102.	Separación de la retina	no	si	139.	Trabajas a horas irregulares (shift work)	no	si
103.	Caída de los parpados	no	si				
104.	Empeoramiento de la vista	no	si				
105.	Falta de visión repentina en uno o en ambos ojos	no	si				
106.	Cambio en el olfato	no	si				
107.	Cambio en el sentido de sabor	no	si				
108.	Dificultad para oír	no	si				
109.	Zumbido en los oídos	no	si				
111.	Vértigo (sensación de que toda da vuelta)	no	si				
112.	Sinusitis	no	si				
113.	Nariz frecuentemente congestionada	no	si				
114.	Sangrado por la nariz	no	si				
115.	Frecuente inflamación de la garganta	no	si				

DESORDENES DE SUEÑO

116.	Insomnio	no	si	149.	Palpitaciones	no	si
117.	Dificultad para iniciar el sueno	no	si	150.	Dolor de pecho	no	si
				151.	Falta de respiración		

RESPIRANDO

140.	Tose con flema	no	si
141.	Tose con sangre	no	si
142.	Tuberculosis	no	si
143.	Fiebre en las tardes	no	si
144.	Fiebre de noche	no	si
145.	Enfisema	no	si
146.	Bronquitis	no	si
147.	Asma	no	si
148.	Pulmonía	no	si

CARDIOVASCULAR

149.	Palpitaciones	no	si
150.	Dolor de pecho	no	si
151.	Falta de respiración		

152.	Se le hinchan los pies o los tobillos	no	si
153.	Presión arterial alta	no	si
154.	Presión arterial baja	no	si
155.	Ataque cardiaco	no	si
156.	Arrythmia cardiaca	no	si
157.	Necesita sentarse mientras duerme?	no	si
158.	Fiebre reumática	no	si
159.	Marcapasos	no	si
160.	Cirugía coronaria (bypass)	no	si

GASTROINTESTINAL

161.	Acidez estomacal	no	si
162.	Dolor de estomago	no	si
163.	Ulceras del estomago o del duodeno	no	si
164.	Diarrea frecuente	no	si
165.	Dolor calicó	no	si
166.	Sangrado rectal	no	si
167.	Vomito con sangre	no	si
168.	Mal apetito	no	si
169.	Constipación	no	si
170.	Esta usted en dieta?	no	si
171.	Esta usted perdiendo peso?	no	si
172.	Esta usted ganando peso?	no	si
173.	Parásitos intestinales	no	si
174.	Colitis	no	si
175.	Divertículos	no	si
176.	Pancreatitis	no	si
177.	Hemorroides	no	si
178.	Hernia inguinal	no	si
179.	Hernia hiatal (diafragmatica)	no	si
180.	Enfermedad del hígado (hepatitis)	no	si
181.	ictericia	no	si
182.	Cirrosis del hígado	no	si

RINON / URINARIO

183.	Retención urinaria	no	si
184.	Orina sin control	no	si
185.	Frecuente deseos de orinar	no	si
186.	Sensacion de quemón al orinar	no	si
187.	Orina con sangre?	no	si
188.	Enfermedad de los riñones o de la vejiga	no	si
189.	Calculus de los riñones	no	si
190.	Gonorrea	no	si
191.	Sífilis	no	si
192.	Cree que puede estar a riesgo de tener SIDA (AIDS)	no	si
193.	Otras enfermedades veneras	no	si

PARA HOMBRES UNICAMENTE (194 a 197)

194.	Problemas de próstata	no	si
195.	Inflamación testicular	no	si
196.	Testículos no descendidos	no	si
197.	Inflamación del pene	no	si

PARA MUJERES UNICAMENTE (198 a 215)

198.	Irregularidades menstruales	no	si
199.	Abundante sangrado menstrual	no	si
200.	IUD	no	si
201.	Píldoras para controlar la natividad	no	si
202.	Embarazos Cuantos _____	no	si
203.	Partos normales	no	si
204.	Abortos o abortos espontáneos	no	si
205.	Cesáreas	no	si
206.	Flujo vaginal	no	si
207.	Secreción de leche	no	si
208.	Test Papanicolaou Fecha _____	no	si
209.	Tumores de los senos	no	si
210.	Biopsia del los senos	no	si
211.	El ultimo periodo Fecha _____	no	si
212.	Esta usted embarazada	no	si
213.	Tiene hijos	no	si
214.	Murió alguno de ellos?	no	si
215.	Sus hijos han tenido problemas medicos serios?	no	si

HEMATOLOGICO | ONCOLOGIC

216.	Cáncer o tumor	no	si
217.	Quimioterapia	no	si
218.	Radioterapia	no	si
219.	Leucemia	no	si
220.	Anemia	no	si
221.	Tendencia a sangrar	no	si
222.	Transfusiones de sangre	no	si

ENDOCRINO

223.	Enfermedades de la tiroides	no	si
224.	Siente frig a menudo	no	si
225.	Enfermedades de la paratiroides	no	si
226.	Diabetes	no	si
227.	Hipoglicemia	no	si
228.	Episodios de sentirse sudoroso o frig?	no	si
229.	Enfermedades adrenales	no	si

OTRAS

230.	Porfiria	no	si
231.	Lupus	no	si
232.	Otras enfermedades del colágeno	no	si
233.	Ojos o boca seca	no	si
234.	Artritis	no	si
235.	Hipoglicemia	no	si
236.	Episodios de sentirse sudoroso o frig?	no	si
237.	Enfermedades adrenales	no	si
238.	Lengua inflamada	no	si

239.	Infecciones o úlceras en la boca	no	si
240.	Enfermedades febriles	no	si
241.	Malaria	no	si
242.	Otras enfermedades	no	si

ACIDENTES

243.	En el trabajo	no	si
244.	En el hogar	no	si
245.	En otros lugares	no	si
246.	Fracturas de huesos	no	si

ALERGIAS

Es usted alérgico a:

1. Alimento? no si
Cual? _____

2. Efectos y alergias a medicina? no si
Cual? _____

3. Al yodo? no si
4. A camarones? no si
5. alguna vez ha tenido una inyección de yodo para un arteriograma (angiograma), tomografía cerebral, examen de los riñones o de la vesícula biliar? no si

ADMISIONES AL HOSPITAL:

Razón para hospitalización	Nombre del hospital	Nombre del doctor	Fecha
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

OPERACIONES O BIOPSIAS

Columna espinal _____	Fecha: _____	Donde: _____	Cirujano: _____
Cabeza _____	Fecha: _____	Donde: _____	Cirujano: _____
Cuello _____	Fecha: _____	Donde: _____	Cirujano: _____
Ojos _____	Fecha: _____	Donde: _____	Cirujano: _____
Oídos _____	Fecha: _____	Donde: _____	Cirujano: _____
Tiroides _____	Fecha: _____	Donde: _____	Cirujano: _____
Tórax _____	Fecha: _____	Donde: _____	Cirujano: _____
Corazón _____	Fecha: _____	Donde: _____	Cirujano: _____
Estomago _____	Fecha: _____	Donde: _____	Cirujano: _____
Vesícula biliar _____	Fecha: _____	Donde: _____	Cirujano: _____
Intestinos _____	Fecha: _____	Donde: _____	Cirujano: _____
Apéndice _____	Fecha: _____	Donde: _____	Cirujano: _____
Órganos genitales _____	Fecha: _____	Donde: _____	Cirujano: _____
Próstata _____	Fecha: _____	Donde: _____	Cirujano: _____
Útero _____	Fecha: _____	Donde: _____	Cirujano: _____
Ovarios _____	Fecha: _____	Donde: _____	Cirujano: _____
Hernia _____	Fecha: _____	Donde: _____	Cirujano: _____
Vejiga _____	Fecha: _____	Donde: _____	Cirujano: _____
Senos _____	Fecha: _____	Donde: _____	Cirujano: _____
Otros _____	Fecha: _____	Donde: _____	Cirujano: _____

Le han aconsejado alguna vez tener una cirugía o biopsia y usted ha rehusado el procedimiento? no si

HISTORIA FAMILIAR

SI ESTA VIVO

SI A MUERTO

CAUSA DE MUERTE

Paciente	Edad	Salud	Edad en tiempo de muerte
Padre _____			
Madre _____			
Hermano / Hermana	1 _____		
	2 _____		
	3 _____		
Esposo / Esposa _____			
Hijo / Hija	1 _____		
	2 _____		
	3 _____		

Algunos de sus parientes ha tenido:

Quien?

Cáncer	no	si	_____
Tuberculosis	no	si	_____
Presión arterial alta	no	si	_____
Problema cardiaco	no	si	_____
Embolio	no	si	_____
Diabetes	no	si	_____
Epilepsia	no	si	_____
Desordenes mentales	no	si	_____
Suicidio	no	si	_____

Migraña	no	si	_____
Enfermedad muscular	no	si	_____
Parálisis	no	si	_____
Corea de Huntington	no	si	_____
Enfermedad de Wilson	no	si	_____
Otras	no	si	_____

HISTORIA SOCIAL:

Lugar de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____

Donde nació, quien lo crió?: _____

Madre _____ Edad: _____

Estado de salud: _____

Desordenes neurológicos o psiquiátricos: _____

Ocupación: _____

Relación con usted: _____

Padre _____ Edad: _____

Estado de salud: _____

Desordenes neurológicos o psiquiátricos: _____

Ocupación: _____

Relación con usted: _____

Hermanos _____ Edad: _____

Estado de salud: _____

Desordenes neurológicos o psiquiátricos: _____

Ocupación: _____

Relación con usted: _____

Hermanas _____ Edad: _____

Estado de salud: _____

Desordenes neurológicos o psiquiátricos: _____

Ocupación: _____

Relación con usted: _____

HISTORIA MARITAL Y SEXUAL

Relación con el esposo / esposa: _____

Describa su personalidad: _____

Esta su esposo / esposa empleado? _____ Donde? _____

Tres cosas que le gusta más de su esposo / esposa.

1. _____

2. _____

3. _____

Tres cosas que le molestan de su esposo / esposa.

1. _____

2. _____

3. _____

Edad de su esposo / esposa al tiempo del matrimonio: _____

Fecha del matrimonio: _____

Estuvo usted previamente casado? _____

Cuantas veces? _____

DESARROLLO SEXUAL: (Describe cualquier problema como disminución del deseo sexual, potencia, frigidez, abuso sexual, otros problemas

ABUSO PSICOLOGICO / FISICO: En la niñez? _____ En adolescencia? _____ En la edad adulta? _____

Relación con los hijos: _____

Otras personas importantes en su vida: _____

Serías dificultades cuando estuvo creciendo: _____

Crisis grande en su vida Enfermedades, accidentes severos, problemas económicos, abuso sexual, problemas propios o de parientes, abuso físico o psicológico) _____

EDUCATION:

Grado completo / Donde: _____

Edad: _____ Razón por la cual no termino los estudios: _____

Relación con maestros / Estudiantes: _____

Socialización: _____

Serías dificultades en la escuela: _____

Entrenamiento adicional: _____

HISTORIA MILITAR:

Edad en cual entro en las fuerzas armadas: _____ Edad cuando salió de las fuerzas armadas: _____

Rama de las fuerzas armadas: _____

Tipo de descarga del ejercito: _____ Rango más alto: _____

Adaptación en las fuerzas armadas: _____

PROBLEMAS CON LA LEY (POLICIA):

Cuando: _____ Ofensa: _____ Condenado: _____

Sentencia: _____

RELIGION: _____

EMPLEO:

Presente: _____

Mayor tiempo que duro empleado: _____

Su salario más alto: _____ Relación con supervisores y compañeros de trabajo: _____

CONCEPTO PROPIO:

Que le gusta más acerca de usted? _____

Que le disgusta más acerca de usted? _____

Usted cree que vale la pena vivir? _____

Planes para el futuro: _____

Actividades en su tiempo libre: _____

Como se siente usted más relajado? _____

Cuando o como se siente más tenso? _____

Su firma, por favor