

MARLENNY FELIZ - CRUZ M.D., P.A.

Historia Medica

Fecha: __/__/__ Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M__ F__ Estatura: _____

Motivo de la Visita : _____

Medicacion Actual (si necesita mas espacio por favor use el reverso de esta pagina)

Medicamento: _____ Dosis: _____ Medicamento: _____ Dosis: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____ Medicamento: _____ Dosis: _____

Historia Medica

Presion Alta: _____ Colesterol Alto: _____ Diabetes: _____ Arritmia: _____ Gastritis: _____

Cancer : (localizacion) _____ Otros (especificar) _____

Alergias:

Nombre de la Sustancia: _____ Reaccion: _____

Nombre de la Sustancia: _____ Reaccion: _____

Historia Ginecologica y Obstetrica (Mujeres solamente)

Sexualmente Activa: Si__ No__ Metodo Anticonceptivo: _____ No__ N/A _____

Fecha de la Ultima Menstruacion: __/__/__ Embarazos: _____ Hijos Vivos: _____ Cesareas: _____

Abortos: _____ Menstruacion Irregular : _____ Colico Menstrual; _____

Secrecion / Picazon Vaginal: _____ Dolor durante el acto sexual : _____

Hombres Solamente

Sexualmente Activo: Si__ No__ Testiculo Doloroso: _____ Secrecion por el Pene: _____

Dolor en el Escroto: _____ Hinchazon en el escroto: _____ Testiculo que no desciende: _____

Historia Familiar:

Padre: Vivo: _____ Fallecido: _____ Presion Alta: _____ Diabetes: _____ Cancer: _____

Otros: (describir) _____

Madre: Vivo: _____ Fallecido: _____ Presion Alta: _____ Diabetes: _____ Cancer: _____

Otros: (describir) _____

Otra historia medica familiar Importante, Ejemplo: Cancer, Diabetes : _____

Historia Quirurgica

Cirugia : _____ Año: _____ Cirugia: _____ Año: _____

Cirugia : _____ Año: _____ Cirugia: _____ Año: _____

Historia Social

Usted Fuma ? Si__ (Cuantos cigarillos al dia) __No __ Toma Alcohol ? Si __ No __ Toma Café ?
Si __ No __ Ha usado drogas? Si __ (Nombre de la Droga) __ No __
Estado Civil ? _____ Con quien vive? _____ Ocupacion _____

Ha tenido alguna de estos sintomas?

- * Cambio en el apetito: __ Escalofrios: __ Fatiga: __ Fiebre: __ Dolor de cabeza: __
- Problemas al dormir: __ Ganancia de Peso: __ Perdida de Peso: __
- * Congestion: __ Pícazon: __ Rash: __ Alergias Ambientales: __ Irritacion en los Ojos: __
- * Vision Borrosa: __ Lentes de Contacto : __ Lentes de Correccion: __ Dolor en los Ojos: __
- Disminucion de la capacidad Visual : __ Secrecion por los ojos: __ Ojos secos: __
- * Disminucion de la audicion: __ Boca seca: __ Zumbido en el oido: __
- Dolor en los senos paranasales: __
- * Intolerancia al frio: __ Perdida de Cabello: __ Menstruaciones Irregulares: __
- Problemas en la Tiroides: __
- * Asma: __ Dificultad al Respirar: __ Dolor en el Pecho: __ Tos: __ Sangrado Nasal: __
- Dolor con la Respiracion : __ Neumonia: __
- * Secrecion por el Pezon: __ Masa en los Senos: __ Diferencia de tamaño entre los dos Senos: __
- * Dolor en el Pecho: __ Mareo: __ Acumulacion de liquid en las piernas: __ Palpitaciones: __
- * Dolor Abdominal: __ Sangre en las Heces: __ Estreñimiento: __ Diarrea: __
- Dificultad para pasar la comida: __
- * Anemia: __ Problemas de Sangrado: __ facilidad para aparecer moretones en la piel: __
- Masa en la Ingle: __
- * Sangre en la Orina: __ Deseos de Orinar muy Frecuentes: __ Dolor en la parte baja de la espalda: __
- * Problemas en la espalda: __ Dificultad para mover las articulaciones: __ Dolores Musculares: __
- Dolor en las Articulaciones: __ Hinchazon en las Articulaciones: __
- * Palidez de la piel: __ Dolor o calambres en las piernas despues de hacer ejercicio: __
- * Acne: __ Piel Seca: __ Cambios en la Piel: __ Sensibilidad a la luz: __
- * Dificultad para mantener el equilibrio: __ irritabilidad: __ Adormecimiento: __ Temblor: __
- * Ansiedad: __ Depression: __ Situaciones de Estres: __ Ideas Suicidas: __

Otros Sintomas no enumerados arriba:

Medicina Preventiva

Ultimo Papanicolaou: __/__/__

Ultima Mamografia: __/__/__

Ultima Colonoscopia: __/__/__

Ultimo examen de la Prostata: __/__/__

FIRMA: _____