

Historial del Paciente

Nombre de su medico primario: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Describe brevemente sus sintomas:

Que cosas mejoran sus sintomas? (Medicamentos, movimiento, ejercicio, descanso, actividad, el clima)

Que cosas empeoran sus sintomas?

Aproximadamente cuando empezaron sus sintomas?

Tiene entumecimiento cuando se despierta? SI ___ NO ___ Cuanto tiempo le dura? _____

Por favor circule las areas en donde estan sus dolores:



Porque esta aqui hoy? _____

Piensa que hay alguna razon por la que tiene estos dolores?

Historial del Paciente

NAME: _____

DATE: _____

CONSTITUCIONAL

- Aumento de peso
Reciente: _____ Lbs.
- Perdida de peso
Reciente: _____ Lbs.
- Fatiga
- Debilidad
- Fiebre

OJOS

- Dolor
- Enrojecimiento
- Perdida de vision
- Vision doble o Borrosa
- Resequedad
- Sensacion de algo en el ojo.
- Picazon en el ojo

OIDO, NARIZ, BOCA, GARGANTA

- Ringing in Ears
- Loss of Hearing
- Nosebleeds
- Loss of Smell
- Dryness in Nose
- Runny Nose
- Sore tongue
- Bleeding gums
- Sores in Mouth
- Loss of Taste
- Dryness in Mouth
- Frequent sore throats
- Hoarseness
- Difficulty in Swallowing

SOLO MUJERES

Edad cuando iniciaron los period _____.

Fueron regulares: SI _____ NO _____.

Cuantos dias entre los periodos _____.

Depresion: SI _____ NO _____.

Fecha del ultimo periodo? ____/____/____.

Fecha del ultimo PAP? ____/____/____.

Sangramiento despues de la menopausia _____.

Numero de embarazos _____.

Numero de abortos _____.

RESPIRATORIO

- Falta de respiracion.
- Dificultad nocturna para respirar.
- Hinchazon del pie o la pierna.
- Tos.
- Tos con sangre.
- Sibilancias (ASTMA)

GASTROINTESTINAL

- Nauseas
- Vomito de Sangre o como
"borra de café"
- Dolor del estomago que mejora
con leche o alimentos
- Ictericia, color amarillento
- Estrenimiento
- Diarrea persistente
- Evacuaciones con Sangre
- Acidez estomacal

ENDOCRINO

- Mucha sed

SYSTEMA NEUROLOGICO

- Dolor de cabeza
- Mareos
- Espasmo Muscular
- Perdida de conciencia
- Dolor o sensibilidad en Manos y Pies
- Perdida de Memoria
- Sudores en la noche

ALLERGIAS/IMMUNOLOGIA

- Frequent Sneezing
- Increased Susceptibility to Infection

HEMATOLOGICO/LIMPHATICO

- Glandulas inflamadas
- Anemia
- Tendencia a sangrar
- Transfusion/Cuando: _____

MUSCULO ESQUELETICO

- Rigidez matinal
- Duracion:
_____ Horas.
_____ Minutos.
- Dolor en coyuntura (articulacion)
- Joint Swelling
- List joints affected in the
last 6mos.

SISTEMA INTEGUMENTARIO

(Piel y Mamas)

- Moretones en la piel
- Enrojecimiento
- "Rash", enrojecimiento
con inflamacion
- Urticaria
- Sensible al Sol, alergia
al sol
- Estrechez o tirantez
de la piel.
- Caída del cabello
- Cambios de Color de
las manos o los pies
con el frio.

CARDIOVASCULAR

- Dolor en el pecho
- latidos Irregulares
- Cambios inesperados en los latidos.

Presion Alta

Murmullo en el corazon

PSIQUIATRICO

- Preocupaciones en exceso

Historial Medico pasado:

Por favor indicar los doctors que esta viendo actualmente.

Cuando fueron sus ultimas placas (indicar parte del cuerpo).

Ultima Resonancia Magnetica.

Ultima Mamografia.

Alguna vez le han hecho examen de los huesos?.

Cuando fue su ultimo laboratorio de sangre _____

Ultima Colonoscopia): _____

Ultima prueba citologica:

Algun otro estudio que se la haya echo que quisiera mencionar _____

A tenido alguna fractura ? _____ Cuando y Donde? _____

Toma bebidas con cafeina? _____ Cantidad: _____ Usa drogas? _____

Hace ejercicios? _____ Cuantas veces por semana: _____

Duerme suficiente en las noches? _____ Se levanta descansada? _____

Educacion: Grade school- 7 8 9 10 11 12 Colegio- 1 2 3 4 Escuela donde se graduo: _____

Occupation: _____ Numero de horas trabajadas por semana: _____

Estatus Marital: _____ Si es soltero/ra, vive sola? _____ Numero de ninos: _____

MEDICAMENTOS:

- | | | | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Naprosyn | <input type="checkbox"/> Naproxen | <input type="checkbox"/> Aleve | <input type="checkbox"/> Motrin | <input type="checkbox"/> Rufen | <input type="checkbox"/> Ibuprofen | <input type="checkbox"/> Allopurinol |
| <input type="checkbox"/> Voltaren | <input type="checkbox"/> Arthrotec | <input type="checkbox"/> Diclofenac | <input type="checkbox"/> Aspirin | <input type="checkbox"/> Celebrex | <input type="checkbox"/> Celecoxib | |
| <input type="checkbox"/> Vioxx | <input type="checkbox"/> Rofecoxib | <input type="checkbox"/> Bextra | <input type="checkbox"/> Valedcoxib | <input type="checkbox"/> Daypro | <input type="checkbox"/> Oxaporozin | |
| <input type="checkbox"/> Disalcid | <input type="checkbox"/> Salsalate | <input type="checkbox"/> Dolobid | <input type="checkbox"/> Diflusinal | <input type="checkbox"/> Feldene | <input type="checkbox"/> Piroxicam | |
| <input type="checkbox"/> Indocin | <input type="checkbox"/> Indomethocin | <input type="checkbox"/> Codine | <input type="checkbox"/> Etodolac | <input type="checkbox"/> Meclofenamate | <input type="checkbox"/> Nalfon | |
| <input type="checkbox"/> Fenoprofen | <input type="checkbox"/> Oruvail | <input type="checkbox"/> Ketoprfoen | <input type="checkbox"/> Tolectin | <input type="checkbox"/> Tolmentin | <input type="checkbox"/> Trisalate | |
| <input type="checkbox"/> Ansaïd | <input type="checkbox"/> Fluribiprofen | <input type="checkbox"/> Clinoril | <input type="checkbox"/> Sulindac | <input type="checkbox"/> Acetaminophen | <input type="checkbox"/> Tylenol | |
| <input type="checkbox"/> Codeine | <input type="checkbox"/> Vicodin | <input type="checkbox"/> Tylenol#3 | <input type="checkbox"/> Propoxyphene | <input type="checkbox"/> Darvon | <input type="checkbox"/> Darvocet | |
| <input type="checkbox"/> Percocet | <input type="checkbox"/> Oxycodone | <input type="checkbox"/> Hydrocondone | <input type="checkbox"/> Oxycontin | <input type="checkbox"/> Soma | <input type="checkbox"/> Flexeril | |
| <input type="checkbox"/> Cyclobenzaprine | <input type="checkbox"/> Elavil | <input type="checkbox"/> Amitriptyline | <input type="checkbox"/> Neurontin | <input type="checkbox"/> Gabapentin | <input type="checkbox"/> Provigil | |
| <input type="checkbox"/> Lopamax | <input type="checkbox"/> Aderall | <input type="checkbox"/> Skelaxin | <input type="checkbox"/> Gabatril | <input type="checkbox"/> Methotrexate | <input type="checkbox"/> Aurofin Gold pills/shots | |
| <input type="checkbox"/> Azathioprine | <input type="checkbox"/> Sulfasalazine | <input type="checkbox"/> Cyclosporine | <input type="checkbox"/> Etanercept | <input type="checkbox"/> Enbrel | <input type="checkbox"/> Hydroxycloquine/Plaquenil | |
| <input type="checkbox"/> Infiximab | <input type="checkbox"/> Remicade | <input type="checkbox"/> Humira | <input type="checkbox"/> Adalimumab | <input type="checkbox"/> Estrogen | <input type="checkbox"/> Alendronate | |
| <input type="checkbox"/> Fosamax | <input type="checkbox"/> Residronate | <input type="checkbox"/> Actonel | <input type="checkbox"/> Etidronate | <input type="checkbox"/> Didronel | <input type="checkbox"/> Raloxifene | |
| <input type="checkbox"/> Evista | <input type="checkbox"/> Forteo | <input type="checkbox"/> Calcitonin- Injection or nasal | | <input type="checkbox"/> Probenecid | <input type="checkbox"/> Colchicine | |

Antidepresivos: _____

Porque paro la medicina? (Especificar) _____

Ud toma calcio? _____ Que tipo? _____ Cuanto al dia? _____

Que vitaminas toma?: _____

A tomado prednisona alguna vez? _____ Por que tiempo? _____ Cantidad? _____

A provado algun medicamento complementario? (e.g glucosamina) _____ Favor mencionarlos: _____

A tenido terapia fisica? ____ Cuando? _____

Alguna otra terapia? (e.g Quiropractico, Acupuntura, Masajes, otros) _____ .

Algun otro comentario?
