



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: M / F      Alergias o intolerancia a la medicina ( ) Si ( ) No

Lista de alergias a medicamentos	Reacciones alergicas al medicamento

Nombre de los medicamentos que toma actualmente, su dosis, y cuantas veces al dia.


Por favor, marque las condiciones que usted ha tenido en el pasado:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> <b>CVS</b></li> <li><input type="radio"/> Fiebre reumatica</li> <li><input type="radio"/> Colesterol Alto</li> <li><input type="radio"/> Insuficiencia Cardiaca</li> <li><input type="radio"/> Congestiva</li> <li><input type="radio"/> Ataque Cardiaco</li> <li><input type="radio"/> Presion arterial alta</li> <li><input type="radio"/> Angina</li> <li><input type="radio"/> Frecuente dolor en el pecho</li> <li><input type="radio"/> Latido irregular del corazon</li> <li><input type="radio"/> Soplo cardiaco</li> <li><input type="radio"/> Enfermedad valvular del Corazon</li> <li><input type="radio"/> Coagulos sanguineos en las venas</li> <li><input type="radio"/> Arterias bloqueadas en el cuello</li> <li><input type="radio"/> Arterias bloqueadas en las piernas</li> <br/> <li><input type="radio"/> <b>Linfatico/ Hematologicas</b></li> <li><input type="radio"/> Diabetes</li> <li><input type="radio"/> Tiroides hiperactiva</li> <li><input type="radio"/> Tiroides poco activa</li> <li><input type="radio"/> Anemia</li> <li><input type="radio"/> Tiroides</li> <li><input type="radio"/> Transfusión Sanguinea</li> <li><input type="radio"/> </li> <li><input type="radio"/> <b>Respiratorio</b></li> <li><input type="radio"/> Apnea del sueño</li> <li><input type="radio"/> Bronquitis Frecuente</li> <li><input type="radio"/> Enfisema</li> <li><input type="radio"/> Neumonía</li> <li><input type="radio"/> Asma</li> <li><input type="radio"/> Coagulos en los pulmones</li> <li><input type="radio"/> Tuberculosis</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> <b>Piel/Pecho</b></li> <li><input type="radio"/> Acne</li> <li><input type="radio"/> Eczema/ Psoriasis</li> <li><input type="radio"/> Fibroquista</li> <li><input type="radio"/> Mamografía abnormal</li> <li><input type="radio"/> Ronchas</li> <li><input type="radio"/> Urticaria</li> <li><input type="radio"/> Lunar</li> <br/> <li><input type="radio"/> <b>Extremidades</b></li> <li><input type="radio"/> <b>Musculosqueleticas</b></li> <li><input type="radio"/> Artritis reumatoide</li> <li><input type="radio"/> Osteoartritis</li> <li><input type="radio"/> Dolor en Articulaciones</li> <li><input type="radio"/> Gota (Podagra)</li> <li><input type="radio"/> Fracturas en huesos</li> <li><input type="radio"/> Osteoporosis</li> <li><input type="radio"/> Osteopenia</li> <li><input type="radio"/> Fibromialgia</li> <li><input type="radio"/> Dolor de cuello (discos hern)</li> <li><input type="radio"/> Dolor de espalda (Hernia de disco)</li> <li><input type="radio"/> <b>HEENT</b></li> <li><input type="radio"/> Gafas / Contacto</li> <li><input type="radio"/> Glaucoma</li> <li><input type="radio"/> Cataratas</li> <li><input type="radio"/> Perdida de la audicion</li> <li><input type="radio"/> Infecciones de oido frecuentes</li> <li><input type="radio"/> Zumbido en los oidos</li> <li><input type="radio"/> Alergias</li> <li><input type="radio"/> Infecciones frecuentes en los senos</li> <li><input type="radio"/> Ulceras bucales</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> <b>Neurologia/ Psiquiatria</b></li> <li><input type="radio"/> Convulsiones</li> <li><input type="radio"/> TIA/ ataque leve al corazon</li> <li><input type="radio"/> Embolio</li> <li><input type="radio"/> Entumecimiento</li> <li><input type="radio"/> Debilidad</li> <li><input type="radio"/> Perdida de la memoria</li> <li><input type="radio"/> Migranas</li> <li><input type="radio"/> Depresion</li> <li><input type="radio"/> Ansiedad</li> <li><input type="radio"/> Ataques de panica</li> <li><input type="radio"/> Atento de suicidio</li> <li><input type="radio"/> Abuso fisico</li> <li><input type="radio"/> Abuso sexual</li> <li><input type="radio"/> Enfermedad mental</li> <li><input type="radio"/> Mareo</li> <li><input type="radio"/> Vertigo</li> <li><input type="radio"/> Enfermedades del nervio</li> <li><input type="radio"/> Insomnio</li> <br/> <li><input type="radio"/> <b>GI/GU</b></li> <li><input type="radio"/> Acidez</li> <li><input type="radio"/> Ulceras estomacales</li> <li><input type="radio"/> Piedras biliares</li> <li><input type="radio"/> Sangre en el escremento</li> <li><input type="radio"/> Hepatitis</li> <li><input type="radio"/> Diarrea/ estrenimiento</li> <li><input type="radio"/> Hemorroides</li> <li><input type="radio"/> Dolor abdominal</li> <li><input type="radio"/> Polipos en el colon</li> <li><input type="radio"/> Infecciones de la vejiga</li> <li><input type="radio"/> Prostata</li> <li><input type="radio"/> Incontinencia urinaria</li> <li><input type="radio"/> Piedras renales</li> <br/> <li><input type="radio"/> Colitis ulcerosa</li> <li><input type="radio"/> Infecciones transmitidas sexualmente</li> <li><input type="radio"/> HVI</li> </ul> |
|---|---|--|

**Generales:**

- Perdida de peso abnormal \_\_\_\_\_ # de embarazos
- Aumento de peso abnormal \_\_\_\_\_ Cuantos hijos
- Cancer/ Tumor \_\_\_\_\_ Abortos Involuntarios

Otros problemas medicos: \_\_\_\_\_



**Indique cualquier cirugía que a tenido en los ultimos diez años:**

- Angioplastia \_\_\_\_\_  Trauma Relacionados  Estomago \_\_\_\_\_  Ligadura de Tropas
- Arteria Carotida \_\_\_\_\_  Espalda/Cuello \_\_\_\_\_  Hernia Inguinal \_\_\_\_\_  Cesaria \_\_\_\_\_
- Otros Vascular \_\_\_\_\_  Cadera \_\_\_\_\_  Colonoscopia \_\_\_\_\_  Histerectomia \_\_\_\_\_
- Bypass Coronario \_\_\_\_\_  Rodilla \_\_\_\_\_  Vesicula Biliar \_\_\_\_\_  Ovario Removido \_\_\_\_\_
- Pecho/ Pulmon \_\_\_\_\_  Tunel Carpiano \_\_\_\_\_  Apendectomia \_\_\_\_\_  Pechos \_\_\_\_\_
- Amigdalectomia \_\_\_\_\_  Seno \_\_\_\_\_  Prostata \_\_\_\_\_  Tiroides \_\_\_\_\_
- Neurocirugia \_\_\_\_\_  Oreja \_\_\_\_\_  Vejiga \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

**Direcciones medicas por anticipado/testamento en vida/resucitar hacer todo lo posible /no resucitar**

**Lista de todos los medicos que actualmente esta viendo:** \_\_\_\_\_

**Si es visitante de invierno indique su doctor primario:** \_\_\_\_\_

**Porfavor, indique la ultima ves que a tenido alguno de los siguientes examenes o servicios:**

- Vacuna de la gripa \_\_\_\_\_  Vacuna Hepatitis B \_\_\_\_\_  Analisis de Sangre \_\_\_\_\_  Coloscopia \_\_\_\_\_
- Vacuna para neumonia \_\_\_\_\_  Electrocardiograma \_\_\_\_\_  Prueba de tuberculosis \_\_\_\_\_  Papanicolaou \_\_\_\_\_
- Vacuna del tetano \_\_\_\_\_  Rayos-X/Pecho \_\_\_\_\_  Cancer del colon examen \_\_\_\_\_  Angiografia \_\_\_\_\_
- Vacuna del hepatitis A \_\_\_\_\_  Ecocardiograma \_\_\_\_\_  Ultimo period menstrual \_\_\_\_\_  Cardiaca \_\_\_\_\_
- MMR \_\_\_\_\_  Densidad de los huesos \_\_\_\_\_  Examen de mama \_\_\_\_\_  Prueba de Esfuerzo \_\_\_\_\_

Edad Problemas de Salud Significativos			Edad		Problemas de Salud	
Padre: Vivo / Muerto	Hipertension, Cancer, Diabetes, Enfermedades Del corazon	Hijos	M F			
Madre: Viva / Muerta	Hipertension, Cancer, Diabetes, Enfermedades Del corazon		M F			
Parientes	M F	Abuelo	Vivo Muerto			
	M F	Abuela	Vivo Muerto			
Numero de Hijos:	Hijas:		Hermanos:		Hermanas:	

**Historial Social**

Tabaco:	Consumo Tabaco? ( ) Si ( ) No				
	0 Cigarrillos- pks/dias	0 Masticable- #/ Dia	0 Tubo- # / Dia	0 Cigarros # / Dia	
Alcohol:	Bebe Alcohol? ( ) Si ( ) No				
	En caso afirmativo, Que Tipo: 0 Cerveza 0 Vino 0 Liquor				
Drogas:	Utiliza drogas recreacionales o depresivas? ( ) Si ( ) No				
	Alguna vez se a administrado drogas ilegales con una inyeccion ( ) Si ( ) No				
Estado matrimonial	0 Casado/a	0 Soltero/a	0 Separado/a	0 Divorciado/a	0 Viudo/a
Ocupacion Ejercicio	0 Nada	0 Moderado	0 Occasional	0 Regular	
Caffeina	0 Nada	0 Cafe	0 Te	0 Soda	
Sexo	Es sexualmente activo (a)? ( ) Si ( ) No				

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_