

Historial Médico

| | | |
|-------------------|-------------------------------------|---------------------|
| MR# | | |
| Apellido | Primer Nombre, Segundo Nombre | Fecha de Nacimiento |
| Medico de Familia | Nombre de otros doctores a su cargo | |

PORFAVOR NO ESCRIBA EN ESTA SECCIÓN. SOLO PERSONAL MEDICO

Nurses / Doctors notes:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Tests or labs ordered today:

¿CUAL ES LA RAZÓN DE SU VISITA HOY?

| | |
|--------------------------------|--|
| <u>Chief Complaint:</u> | |
| | |

¿A SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS?

| Sistema | Si | No | Año | Sistema | Si | No | Año | Sistema | Si | No | Año |
|--|----|----|-----|---|----|----|-----|--|----|----|-----|
| <u>CARDIOVASCULAR</u> | | | | <u>NEUROLOGICO</u> | | | | <u>OIDOS, NARIZ, GARGANTA</u> | | | |
| Presión Alta | | | | Convulsiones | | | | Dientes Sueltos | | | |
| Presión Baja | | | | Debilidad | | | | Sangrado Nasal | | | |
| Latido Irregular del Corazon - Arritmia | | | | Migrañas | | | | Sordera | | | |
| Dolor en el Pecho | | | | Derrame cerebral previo | | | | <u>PSYCOSOCIAL</u> | | | |
| Colesterol Alto | | | | <u>MUSCULOESQUELÉTICO</u> | | | | Alcoholismo | | | |
| Enfermedad Vascolar | | | | <u>TICO</u> | | | | Abuso de Drogas | | | |
| Marca Pasos | | | | Enfermedad Osea | | | | | | | |
| <u>RESPIRATORIO</u> | | | | Artritis | | | | Depresión | | | |
| Asma | | | | Dolor de Cuello | | | | Problemas de Ansiedad | | | |
| Pneumonia | | | | Dolor de Espalda | | | | | | | |
| Bronquitis | | | | Enfermedad Hematológica | | | | | | | |
| Tos Crónica | | | | Tipo de Enfermedad Hematológica: | | | | <u>Profavor de una lista de sintomas adicionales:</u> | | | |
| Ronquera | | | | | | | | | | | |
| Traqueotomía | | | | | | | | | | | |
| Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) | | | | Salpullidos | | | | | | | |
| Tuberculosis | | | | Infección por Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA) | | | | | | | |
| <u>GENITOURINARIA</u> | | | | moretones | | | | | | | |
| Enfermedad de Riñón | | | | <u>OFTÁLMICAS</u> | | | | | | | |
| Falla Renal Crónica | | | | Ceguera | | | | <u>¿Diagnosticado con Cancer? ¿Que Tipo?</u> | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|
| Actualmente en diálisis | | | Cataratas | | | | | | |
| Infección urinaria | | | Glaucoma | | | | | | |
| <u>ENDOCRINO/METABOLICO</u> | | | <u>PECHO</u> | | | | | | |
| Diabetes TIPO I / TIPO II | | | Bultos | | | | | | |
| Enfermedad de Tiroide | | | Cancer | | | | | | |

¿HA EXPERIMENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES Y HEPÁTICOS RECIENTEMENTE?

| Systema | HOY | En los últimos dos meses | PORFAVOR INDIQUE CUAL DE ESTOS PROBLEMAS ESTAN RESUELTOS MARCANDO "RESOLVED," o usted puede explicarlo. |
|------------------------------------|------------|---------------------------------|--|
| <u>GASTROINTESTINAL</u> | | | |
| Diarrea | | | |
| Constipación | | | |
| Sangrado Rectal | | | |
| cambio en los hábitos intestinales | | | |
| Cambio de Peso | | | |
| Heces Oscuras | | | |
| Intestino Irritable | | | |
| Enfermedad de Crohn | | | |
| Colitis Ulcerosa | | | |
| Problemas al Tragar | | | |
| Nausea/Vomito | | | |
| Acidez | | | |
| Dolor Abdominal | | | |
| <u>HEPÁTICO</u> | | | |
| Enfermedad hepática terminal | | | |
| Cirrosis | | | |
| Hepatitis | | | |
| Pancreatitis AGUDA / CRÓNICA | | | |

| <u>PROCEDIMIENTOS GASTROINTESTINALES PASADOS:</u> | SI | NO | <u>FECHA APROXIMADA DEL PROCEDIMIENTO</u> | <u>ENCONTRARON POLIPOS?</u> | <u>ALGUN RESULTADO ANORMAL, EXPLIQUE:</u> |
|--|-----------|-----------|--|--|--|
| ¿HA TENIDO UNA COLONOSCOPIA EN EL PASADO? | | | | | |
| ¿HA TENIDO UNA ENDOSCOPIA (ASGE)? | | | | | |
| <u>HA TENIDO</u> | SI | NO | <u>FECHA(S) APROXIMADAS</u> | | |
| Transfusión de Sangre? | | | | | |
| Donado Sangre? | | | | | |
| Tiene Tatuajes? (Fecha del primer tatuaje) | | | | | |
| ¿Ha tenido alguna cirugía o ha sido hospitalizado? ___ Sí ___ No ¿Problemas con la anestesia? ___ Sí ___ No En caso afirmativo, indique: | Cirugías | | Fechas | Hospitalizaciones que no fueron Cirugías | Fechas |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | |
|---|--|
| Historia Social: | Alcohol: ¿Cuántas bebidas consume al día? ____ ¿Por semana? ____ ¿Por mes? ____ ¿Utiliza actualmente drogas ilícitas? Sí ___ No ___ En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? ____ ¿Ha consumido alguna vez drogas ilícitas? Sí ___ No ___ ¿Cuándo dejó de usar? ____ |
| Consumo de tabaco: marque uno: No fumador Fumador Actual Ex fumador | Tabaco: ¿Cuántos paquetes por día? ____ ¿Por cuantos años? ____ ¿A qué edad empezó a fumar? ____ Que Año dejó de Fumar? ____ |
| Enumere todas las alergias, incluyendo las ambientales, a los medicamentos, y a los alimentos y que reacción tuvo a una transfusión de sangre previa. | |

HISTORIA DE FAMILIA **Indique si sus padres, hermanos, hermanas y / o hijos han tenido alguna de las siguientes condiciones:**

| Condición | Relación | ¿ Viviendo / Fallecido? | Condición | Relación | ¿ Viviendo / Fallecido? | Condición | Relación | ¿ Viviendo / Fallecido?? |
|---------------------------------------|----------|-------------------------|-------------------------------------|----------|-------------------------|--|----------|--------------------------|
| Cancer Colon/ Rectal No ___ Si ___ | | | Problemas de Riñón No ___ Si ___ | | | Cardiopatía No ___ Si ___ | | |
| Cancer de Estomago No ___ Si ___ | | | Colitis ulcerosa No ___ Si ___ | | | Enfermedad de Crohn No ___ Si ___ | | |
| Cancer de Seno No ___ Si ___ | | | Cancer de Ovarios No ___ Si ___ | | | Problemas de sangrado No ___ Si ___ | | |

Indique en esta sección cualquier problema que no hayamos abordado en este formulario:

**** *Pacientes: no firmen hasta que el asistente médico haya revisado esta información con usted* ****

Yo _____ Estoy de acuerdo que según mi conocimiento la información
Nombre del Paciente
que he proporcionado en el formulario de historial médico es correcta. El asistente médico ha revisado la información conmigo en la habitación y acepto que esta información se convierta parte de mi historial médico permanente.

Firma del Paciente

Fecha de Hoy

PARA USO DE PERSONAL DE OFICINA ÚNICAMENTE, PORFAVOR NO ESCRIBAN DEBAJO DE ESTA LÍNEA

| | | | |
|--|---------------|------------------|-----------|
| The above information has been reviewed and discussed with the patient YES / NO | Date reviewed | Staff name/Title | Signature |
| Patient refused: YES / NO If Refused, Reason: | | | |