



Forma de historial médico

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

General:

¿En qué actividades y pasatiempos normalmente participa? _____

¿Quién es su proveedor médico principal (PCP)? _____

¿Tiene revisiones de salud de manera regular? Sí No ¿Con qué frecuencia? _____

¿Ha tenido otras lastimaduras en el trabajo? Sí No

Por favor, anote las razones por las que ha tenido operaciones médicas y/o asistido al hospital (incluya las fechas).

¿Algunas vez se ha lastimado las siguientes partes del cuerpo?

Cuello Sí No Espalda Sí No

Rodillas Sí No Hombros Sí No

Medicamentos:

Anote todos los medicamentos que está tomando: _____

Medicamentos y/o tratamientos naturales (en base a hierbas o naturopáticos): _____

¿Tiene reacciones alérgicas a medicamentos? Sí No Anótelos: _____

Historia y hábitos sociales

¿Usa tabaco? Sí No

Sí, Fuma Mastica Planea renunciar Número de años fumando _____ Cajas por día _____

If no, Never used Renuncié en: _____

¿Consumo bebidas alcohólicas? Sí No

Regularmente (3 o más veces a la semana) Raramente/ocasionalmente

¿Utiliza medicamentos ilegales o sin receta médica? Sí No

¿Tiene historial de adicción o abuso de drogas? Sí No

¿Alguna vez ha recibido tratamiento por abuso de drogas/alcohol? Sí No

Historia Familiar: Indique los familiares con las siguientes condiciones	Abuelo	Abuela	Padre	Madre	Hermano(a)	Hijo(a)
Diabetes						
Alta presión de la sangre						
Ataque al corazón						
Derrame cerebral						
Epilepsia/convulsiones/ataques						
Tuberculosis						
Cáncer						
Alcoholismo/abuso de drogas/adicción						
Depresión						
Otros problemas mentales						

¿Tiene o ha tenido lo siguiente?

No

Sí

¿Por cuánto tiempo/
hace cuánto tiempo?

Explique

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

GENERAL

Pérdida/aumento inexplicable de peso				
Fiebre/fatiga				
Lastimadura en la cabeza/lastimadura traumática del cerebro				

Liste todos los cánceres que le han diagnosticado y/o tratado (por ejemplo: del pulmón, estómago/intestino, del seno, cervical, de la próstata, etc.)

OJOS

Daltonismo (no distingue ciertos colores)				
Visión borrosa continua				
Ve doble				
Anteojos/lentes de contacto				
Otros problemas de los ojos (especifique)				

OREJAS

No escucha bien				
Zumbido continuo en los oídos				
Otros problemas en las orejas (especifique)				

NARIZ/GARGANTA

Fiebre del heno (por alergias)				
Sinusitis				
Problemas para dormir (como apnea)				
Otros problemas con la nariz, garganta y cuello (explique)				
Nariz				
Garganta				
Cuello				

PULMONES/PECHO

Tos/ronquera persistente				
Vomitado sangre				
Silbido				
Respiración corta				
Asma				
Neumonía				
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)				
Apnea obstructiva del sueño (trastorno del sueño)				
Tuberculosis (TB)				
Cicatrices en pecho por rayos X				

CORAZÓN/VASOS SANGUÍNEOS

Tobillo inflamado				
Dolor de pecho				
Fibrilación atrial (latidos irregulares y rápidos)				
Latidos irregulares del corazón				

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

CORAZÓN/VASOS SANGUÍNEOS	No	Sí	¿Por cuánto tiempo/ hace cuánto tiempo?	Explique
Ataque del corazón				
Soplo del corazón				
Alta presión de la sangre				
Derrame cerebral				
Colesterol elevado				
Otros problemas del corazón o vasos sanguíneos (especifique)				
HEMATOLOGÍA				
Hemofilia o trastornos de sangrado				
Trombosis				
Otros problemas de la sangre (especifique)				
GASTROINTESTINALES				
Dificultad para tragar o indigestión				
Agruras no comunes				
Vomitado sangre				
Cambio en los hábitos intestinales				
Cirrosis				
Hepatitis (ictericia amarilla)				
Enfermedad de la vesícula biliar				
Úlcera				
Pancreatitis				
Colitis				
Diverticulosis				
Hemorroides				
Hernia				
Otros problemas gastrointestinales (especifique)				
URINARIO				
Orina frecuentemente				
Se levanta a orinar en la noche				
Infecciones de los riñones				
Piedras (o cálculos) en los riñones				
Infección de la vejiga				
HUESOS/MÚSCULOS				
Dolor en las articulaciones o coyunturas				
Articulaciones o coyunturas rígidas				
Fracturas (especifique en donde)				
Dolor de espalda crónico				
Enfermedad de disco de la espalda				
Fibromialgia				
Artritis				
Otros problemas de huesos/músculos (especifique)				

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

SISTEMA NERVIOSO	No	Sí	¿Por cuánto tiempo/ hace cuánto tiempo?	Explique
Dolores de cabeza				
Convulsiones/epilepsia/ataques				
Otros problemas del sistema nervioso (especifique)				
DESÓRDENES ENDÓCRINOS/GLANDULARES				
Problemas con la tiroides				
Diabetes (encierre en un círculo sus respuestas)				
Tipo 1	Tipo 2	controlada con:	sólo con dieta/ejercicio	medicamento oral
				inyecciones de insulina
Otros problemas endócrinos (especifique)				
Otra condición inmunosupresiva (especifique)				
PIEL				
Grumo o grosor poco común de la piel				
Llaga que no sana				
Cambio obvio en verruga				
Otro problema de la piel (especifique)				
PSICOLÓGICO				
Desorden de ansiedad				
Depresión				
Bipolar				
Esquizofrenia				
Insomnio/perturbación del sueño				
Otros problemas psicológicos (especifique)				
SÓLO PARA HOMBRES				
Infección de la próstata				
Agrandamiento de la próstata				
Problemas en los testículos				
Otros problemas genitales				
SÓLO PARA MUJERES				
Problemas en los senos (grumos, etc.)				Fecha del último mamograma:
Problemas con el útero (por ejemplo: histerectomía)				
Sangrado o descargas poco comunes				
¿Todavía tiene menstruaciones regulares?				Fecha de la última menstruación:
¿Podría estar embarazada?				
¿Alguna vez ha estado embarazada?			# de embarazos:	# de nacimientos:

Firma del paciente _____ Firma del proveedor _____ Fecha _____