

Historia Médica

Información general

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/_____
 Seguro Social #: ___/___/_____
 Edad: _____ Sexo: M F
 ¿Qué idiomas habla? Inglés Español Polaco Otro: _____ Fecha: ___/___/_____

Historia médica Favor de marcar sus problemas de salud presentes y pasados.

- | | | |
|----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Alergias de temporada | Hemorroides | Problemas de los pies |
| Anemia | Hepatitis | Problemas de los pulmones |
| Ansiedad | Hernia | Problemas del corazón |
| Artritis | Herpes | Problemas del hígado |
| Asma – Estridor | La gota | Problemas del riñon |
| Cáncer | Lesión en los | Problemas del sueño |
| Colesterol alto | huesos/articulaciones | Problemas menstruales |
| Convulsiones o ataques | Osteoporosis | Problemas orales o dentales |
| Demencia-lagunas mentales | Presión arterial | Problemas sexuales |
| Depresión | Problemas de la orina | Pulmonía |
| Diabetes | Problemas de la piel, úlceras, | Sobrepeso/obesidad |
| Dolor de espalda | llagas | Transfusión de sangre |
| Dolores de cabeza | Problemas de la próstata | Trastorno del ritmo del |
| Embolia Cerebral | Problemas de la sangre | corazón |
| Enfermedades del | Problemas de la tiroides | Trastornos de la alimentación |
| estómago/aparato digestivo | Problemas de la vesícula | Tuberculosis (o salió positivo |
| Enfermedades mentales | Problemas del oído o | en alguna prueba de TB) |
| (depresión) | auditivos | Úlcera péptica |
| Enfermedades venéreas | Problemas de los ojos o la | VIH-SIDA |
| | vista | Viruela |

Por favor, proporciónenos los detalles de cualquier enfermedad que usted haya anotado o infórmenos de alguna otra que no haya encontrado en nuestra lista.

Operaciones Favor de anotar las fechas y tipo de operaciones que le han hecho antes.

Fecha	Operación	Fecha	Operación

Medicamentos

Favor de anotar todos sus medicamentos (recetados y no recetados) incluyendo cremas o gotas para los ojos. También indique la dosis y frecuencia con que debe tomar de medicina.

Medicamento	Dosis / Frecuencia	Medicamento	Dosis / Frecuencia

Favor de anotar cualquier producto nutritivo, natural, herbario o dietético que esté tomando:

Alergias y reacciones Favor de anotar cualquier sustancia, medicina recetada y no recetada, comidas, planta, o cualquier material que le cause reacciones adversas y describa tal reacción.

Substancia	Reacción	Substancia	Reacción

Información y hábitos personales Sus respuestas serán confidenciales.

General

¿Está usted trabajando? Sí No Si contestó sí, ¿cuál es su trabajo? _____

¿Es usted? Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

¿Está usted sexualmente activa/o? Sí No

¿Tiene usted hijos/as? Si No Si contestó sí, ¿cuáles son sus edades? _____

¿Quién vive con usted? _____

¿Requiere usted de ayuda para moverse dentro de su casa, para vestirse, bañarse, usar el baño, o tomar sus comidas?
 Sí No Si contestó sí, ¿en qué necesita ayuda? _____

¿Hace ejercicio? Sí No Si contestó sí, ¿qué actividades y con qué frecuencia? _____

¿Cuándo fue su última visita al dentista? _____ ¿Tiene dentadura postiza? Sí No

¿Y al oculista? _____ ¿Usa usted lentes o lentes de contacto? Sí No

¿Ha viajado usted recientemente o viaja con frecuencia fuera de los Estados Unidos? Sí No

Si contestó sí, ¿a dónde? _____

Substancias

¿Usa usted tabaco? Sí No
 ¿Si contestó no, ¿alguna vez usó tabaco? Sí No

¿Qué clase? Cigarrillos Cantidad y cuánto tiempo: _____
 Puros Cantidad y cuánto tiempo: _____
 Tabaco de masticar Cantidad y cuánto tiempo: _____

¿En el último año ha tomado o usado drogas más de lo debido? Sí No
 ¿En el último año ha pensado disminuir el consumo de alcohol o drogas? Sí No
 ¿Alguna ves se ha molestado o enojado cuando le han dicho de su uso de alcohol/drogas? Sí No
 ¿Se siente usted culpable de la cantidad de alcohol o drogas que usa? Sí No
 ¿Se ha levantado usted tomándose un trago para comenzar el día? Sí No
 ¿Aproximadamente cuantos tragos se toma en una semana? (Un trago equivale a 12oz de cerveza, 5oz de vino o un copa de licor) 0 1-7 8-10 11-13 14-20 21-30 31-40 41 o más

Seguridad

¿Ha tenido alguna caída en los últimos 6 meses? Sí No
 ¿Usa bordón, andador o alguna otra cosa para ayudarse a caminar? Sí No
 ¿Se siente usted en peligro o amenazado de algún modo u otro ya sea en su casa, trabajo o cualquier otro lugar? Sí No
 ¿Ha sido víctima de violencia o de cualquier abuso, (incluyendo abuso sexual) Sí No
 ¿Alguien, en el último año, la/lo agredió a golpes, patadas, o le hizo algún otro daño? Sí No
 ¿Se siente usted inseguro/a en peligro en su relación actual? Sí No
 ¿Ha sido forzada/o a tener sexo? Sí No
 ¿Usted o algún otro miembro de su familia tiene armas en su casa? Sí No
 ¿Usa usted el cinturón de seguridad cuando maneja? No Sí A veces
 ¿Tiene usted alarmas contra incendio en su casa? No Sí No lo sé

Nutrición

¿Cuánto pesa? _____ Su estatura? _____
 ¿Ha aumentado o rebajado más de diez libras de peso en el último mes? Sí No
 ¿Ha disminuido sus alimentos por más de una semana? Sí No
 ¿Tiene dificultad para tragar? Sí No
 ¿Tiene úlceras en la piel o llagas abiertas? Sí No
 (Para **mujeres**): ¿Está embarazada o lactando? Sí No
 ¿Está siguiendo un régimen alimenticio modificado, dieta especial, o se alimenta por medio de una sonda? Sí No
 Si es así, descríballo: _____

Historia clínica familiar Anote las enfermedades actuales y pasadas que hay en su familia (de parentesco sanguíneo) y su parentesco con quien la padece.

Enfermedad	Miembro de la familia	Enfermedad	Miembro de la familia
Alcoholismo,abuso de drogas		Colesterol alto	
Cáncer, tipo: _____		Enfermedade psiquiatrica	
Diabetes		Embolia cerebral	
Enfermedades cardiacas		Otra: _____	
Presión arterial		Otra: _____	

Historial Obstétrico y Ginecológico (para mujeres solamente)

¿A qué edad tuvo su primer periodo? _____

Si ya no tiene periodos ¿Ha qué edad dejó de tenerlos? _____

Por favor, escriba el número total de embarazos _____ Abortos _____ Abortos espontáneos _____

¿Planea embarazarse en us periodo de un año? Sí No

¿Está usted usando algún tipo de anticonceptivo? Sí No Si contesto sí, ¿qué tipo? _____

Estudios para el cáncer

Cáncer del seno (para mujeres solamente)

¿Cuándo fue su último mamograma (año)? _____

No recuerdo Nunca

¿Ha tenido algún mamograma anormal?

Sí No No lo sé

Cáncer del cuello del útero (para mujeres solamente)

¿Cuándo fue su último Papanicolau (año)? _____

No recuerdo Nunca

¿Ha tenido algún Papanicolau anormal?

Sí No No lo sé

Cáncer del colon (para hombres y mujeres mayores de 50 años)

¿Se ha hecho alguna vez pruebas para detectar cáncer del colon?

Sí No No lo sé

Cáncer de la próstata (para hombres solamente)

¿Se ha hecho un examen rectal o la prueba de sangre llamada “PSA”? Sí No No lo sé

Vacunas

¿Recuerda cuando recibió su última vacuna para?:

El tétano: Sí, año (lo mas reciente): _____

Nunca No le sé

La influenza: Sí, año (lo mas reciente): _____

Nunca No le sé

La pulmonía: Sí, año (lo mas reciente): _____

Nunca No le sé

Directrices Avanzadas

¿Tiene usted un **Testamento Médico**

(un documento legal donde indica exactamente hasta dónde desea usted que se extienda su atención médica si se pusiera muy grave)?

Sí No No lo sé

¿Tiene usted una **Carta Poder**

(éste es un documento legal en el cual asigna a una persona para que tome decisions sobre su atención médica si usted no pudiera hacerlo)?

Sí No No lo sé

¿Desea información sobre el **Testamento Médico** o la **Carta Poder**?

Sí No

Síntomas – Reparo por aparatos:

Favor de indicar lo que applique a usted

CONSTITUCIONAL:

- Fiebre
- Sudores nocturnos
- Aumento de peso lbs _____
- Perdida de peso lbs _____
- Intolerancia al ejercicio

OJOS:

- Sequedad
- Irritación
- Cambios en vision

OÍDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA:

- Problemas para escuchar
- Dolor de oído
- Sangrado de la nariz
- Problemas de nariz/sinus
- Dolor de garganta
- Sangrado en las encías
- Ronquido
- Sequedad de boca
- Anormalidad de boca
- Úlcera en la boca
- Anormalidad de dientes

CARDIOVASCULAR:

- Dolor de pecho causado por esfuerzo
- Dolor de brazo causado por esfuerzo
- Falta de respiración al caminar
- Corto de aliento al acostarse
- Palpitaciones
- Soplo cardíaco
- Mareado-a al pararse

RESPIRATORIO-A:

- Tos
- Respiración sibilante
- Corto de aliento
- Toser sangre
- Apnea intermitente que ocurre durante el sueño

SISTEMA DIGESTIVO:

- Dolor abdominal
- Acidez
- Manifestación de vómitos
- Cambio de apetito
- Heces fecales negras y viscosas
- Diarrea
- Estreñido-a
- Sangre en el vómito

GENITOURINARIO:

- Pérdida de orina
- Dificultad para orinar
- Orina con frecuencia
- Sangre en la orina
- Vaciar la orina incompletamente

URINARIO FEMENINO:

- Anormalidad en flujo vaginal
- Sangrado entre periodos
- Bolas en los senos
- Bochornos
- Períodos irregulares
- Dolor en el acto sexual
- Dolor severo durante el periodo
- Llagas en los genitales

URINARIO MASCULINO:

- Bolita en los testículos
- Secresión del pene
- Llagas en los genitales
- Problemas de erección

MUSCULOESQUELÉTICO-A:

- Dolor muscular
- Debilidad muscular
- Dolor en las articulaciones
- Dolor de espalda
- Inflamació de articulaciones

INTEGUMENTARIO/PIEL:

- Lunar abnormal
- Ictericia
- Erupción
- Problemas en las uñas
- Comezón
- Piel seca
- Crecimientos/lesiones

NEUROLÓGICO:

- Pérdida del conocimiento
- Debilidad
- Adormecimiento/hormigueo
- Problemas de memoria
- Convulsiones
- Mareo/vértigo
- Dolor de cabeza
- Migraine
- Piernas inquietas

PSIQUIÁTRICO:

- Depresión
- Ansiedad
- Sueño inquieto
- Se siente seguro en su relacion personal
- Abuso de alcohol

ENDOCRINO-A

- Cansancio excesivo
- Sed excesiva
- Pérdida de cabello
- Aumento en el crecimiento del cabello
- Intolerancia al frío

HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO:

- Glándulas inflamadas
- Fácilmente desarrolla mgulladuras
- Sangramiento excesso

ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO:

- Nariz destilante
- Presión al sinus
- Comezón
- Ronchas
- Frecuente estornudo

Reviewed by:

PHYSICIAN

DATE