

Formulario Del Historial Médico

Numero del Paciente: _____

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____

Primer nombre

Iniciales del Segundo nombre

Apellido

Estatura: _____ Peso: _____ Yo soy: Derecho Izquierdo

Doctor familiar: _____ Farmacia: _____

Razón por la Visita: Describa brevemente la razón por la cual ha venido a nuestra clínica:
 Izquierdo Derecho

Historial Médico: ¿Está usted afectado por alguno de los siguientes? (Marque todas las que apliquen) NINGUN PROBLEMA

MEDICO

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ritmo cardiaco anormal | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda baja | <input type="checkbox"/> Cálculos renales |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los pulmones | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal |
| <input type="checkbox"/> Anorexia/Bulimia | <input type="checkbox"/> Ataque cardiaco | <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Quistes en los ovarios | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Ulceras estomacales (GERD) |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Intestino irritado | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> Esquizofrenia | <input type="checkbox"/> Mentalmente discapacitado | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Neuropatía | <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo _____) | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

CIRUGIAS: NINGUNA

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apendectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía de la vejiga | <input type="checkbox"/> Cirugía de la espalda/espina dorsal | <input type="checkbox"/> Cesárea |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de derivación cardiaca | <input type="checkbox"/> Liberación del túnel carpiano | <input type="checkbox"/> Eliminación de la Vesícula | <input type="checkbox"/> Reparación de la Hernia |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Amigdalotomía | <input type="checkbox"/> Fracturas Previas | |
| <input type="checkbox"/> Artroscopia del hombro | Derecho Izquierdo | <input type="checkbox"/> Artroscopia de la rodilla | Derecha |
- Izquierda
- | | | | |
|--|-----------------------|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Reparación del manguito rotador | Derecho Izquierdo | <input type="checkbox"/> Reemplazo total de articulación | Derecha Izquierda |
| | Cadera Rodilla Hombro | | |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del pie/tobillo | Derecho Izquierdo | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Otro | _____ | | |

HISTORIA FAMILIAR:

¿Alguien en su familia cercana tiene alguno de los siguientes?:

M=Mama F= Papa H=Hermana H=Hermano A= Abuelo A = Abuela

- ___ Diabetes ___ Osteoporosis ___ Derrame cerebral ___ Enfermedad sanguínea ___ Desorden Genético
 ___ Cáncer _____ Tipo de Cáncer ___ Ataque cardiaco ___ Alta Presión Sanguínea
 ___ Hipertermia Maligna

HISTORIA SOCIAL:

- A) Estado civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Niño/a
- B) Situación Laboral Actual: Empleado/a Medio tiempo Tiempo completo Desempleado/a
 Retirado/a Trabaja por su cuenta Ama de casa

Ocupación: _____ Fecha de empleo _____

Empleador: _____

Sin restricciones Trabajo ligero Fuera del trabajo Estudiante, Nombre de la escuela: _____

Incapacitado (Desde _____) Razón: _____

C) ¿Utiliza productos de tabaco? No Si Si es si, ¿cuánto y por cuánto tiempo? _____

D) ¿Consumes alcohol? No Si ¿Cuánto? _____

E) ¿Hace ejercicio? No Si Tipo y Frecuencia _____

F) ¿Con quién vive?: Solo/a Con su esposo/a Con los padres Con compañero/a de cuarto

Vivienda con asistencia Asilo de Ancianos Con otra persona _____

Medicamentos: **NO MEDICAMENTOS**

Haga una lista de las recetas médicas, medicinas, y/o medicinas sin receta médica y la dosis, incluyendo las vitaminas, los suplementos nutricionales, o cualquier cosa tomada vía oral. (Informar a la enfermera si usted no sabe cómo se escribe el nombre de un medicamento)

Escriba los nombres de los Medicamentos:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____

ALERGIAS: **NO SE CONOCEN ALERGIAS**

¿Es usted alérgico/a al látex? Si No

Lista de las Alergias:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Describe la reacción:

- a) _____
- a) _____
- a) _____
- a) _____

EVALUACION DE RIESGOS

- 1. ¿Tiene historia de caídas? ¿Se ha caído en los últimos 6 meses? Si No
- 2. ¿Ha estado mareado en los últimos 6 meses? Si No
- 3. ¿Usa alguna ayuda para movilizarse? – por ejemplo: bastón, muletas, andador, silla de ruedas, etc. Si No
 ¿Se mareo cuando da o después de dar sangre? Si No

REVISION DE SISTEMAS: ¿Está teniendo o alguna vez ha tenido problemas con:

Circule	Explique las respuestas "si"	Circule	Explique las respuestas "si"
Ojos	NO SI _____	Problemas a la Vejiga/intestinos	NO SI _____
Oídos, Nariz, Garganta	NO SI _____	Problemas de Balance	NO SI _____
Los pulmones, la respiración	NO SI _____	Entumecimiento/hormigueo	NO SI _____
Digestión	NO SI _____	Piel – Salpullidos/Llaga abierta	NO SI _____
Problemas del estado de ánimo/del Sueño	NO SI _____		

Signature of staff entering Medical History Form _____