



## 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)				
<b>HEMATOLOGÍA</b>				
Hemofilia o trastornos de sangrado				
Trombosis				
Otros problemas de la sangre (especifique)				
<b>GASTROINTESTINALES</b>				
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)				
<b>URINARIO</b>				
Orina frecuentemente				
Se levanta a orinar en la noche				
Infecciones de los riñones				
Piedras (o cálculos) en los riñones				
Infección de la vejiga				
<b>HUESOS/MÚSCULOS</b>				
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)				
<b>DESÓRDENES ENDÓCRINOS/GLANDULARES</b>				
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)				
<b>PIEL</b>				
Grumo o grosor poco común de la piel				
Llaga que no sana				
Cambio obvio en verruga				
Otro problema de la piel (especifique)				
<b>PSICOLÓGICO</b>				
Desorden de ansiedad				
Depresión				
Bipolar				
Esquizofrenia				
Insomnio/perturbación del sueño				
Otros problemas psicológicos (especifique)				
<b>SÓLO PARA HOMBRES</b>				
Infección de la próstata				
Agrandamiento de la próstata				
Problemas en los testículos				
Otros problemas genitales				
<b>SÓLO PARA MUJERES</b>				
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 \_\_\_\_\_