

HISTORIAL DEL PACIENTE

Para uso de la oficina:

Exp.Número: _____

Fecha: ____/____/____

Nombre: _____ Fecha Nac: ____/____/____
Apellidos Nombre Segundo Nombre

Sexo: F M

Peso: _____ Estatura: _____

Describa brevemente sus síntomas actuales o razón de visita:

Hospitalizaciones (incluya nombre hospital, fecha y motivo):

MEDICAMENTOS ACTUALES

INDIQUE CUALQUIER MEDICAMENTO/ALIMENTO/SUSTANCIA QUE LE HAYA PROVOCADO UNA REACCION ALERGICA

- Ninguno Macrólidos Quinolonas Codeína Aspirina Acetaminofén Metales
 Penicilina Anestésicos locales Yodo Látex Sulfa
 Otro _____

Escriba los medicamentos que está tomando actualmente. Incluya medicamentos sin receta, hierbas y suplementos:

Medicamento Dosis (Indique cuántas tabletas toma y las veces que debe usar el medicamento)

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	

IRIAMAR VELEZ-QUINONES, MD

HISTORIAL MEDICO PASADO		
Usted padece o ha padecido de:		
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Alta presión <input type="checkbox"/> Colesterol Elevado <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Bocio <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) _____ <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Soplo <input type="checkbox"/> Pulmonía <input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal <input type="checkbox"/> Piedra en riñones	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Ulcera péptica <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Parkinson
Otras condiciones de salud (Anote):		
_____ _____ _____		

Historial Familiar					
Marque con una "X"					
Enfermedad	Padre	Madre	Abuelos Paternos	Abuelos Maternos	Hermano(a)
Cáncer					
Presión Alta					
Diabetes					
Enfermedad Mental					
Enfermedad del Corazón					
Derrame cerebral					
Enfermedad de tiroides					
Otro:					

Uso de Tabaco:

Nunca
 Fumaba: Fecha que dejó de fumar _____ # Paquetes/Día _____ # Años _____
 Fuma: # Paquetes/Día _____ # Años _____

Uso de Alcohol:

¿Toma usted alcohol? No Sí Si respondió Sí, # de bebidas a la semana: _____
 Frecuencia: Rara la vez Social Uso Regular

Uso de Cafeína:

Consume Cafeína : No Sí
 Tipo: Café/ Té/ Soda # vasos por día: _____

IRIAMAR VELEZ-QUINONES, MD

USO DE SUSTANCIAS					
CATEGORIA DE DROGA (Circule las sustancias que ha utilizado)	Edad que comenzó:	¿Cuánto y con qué frecuencia lo usó?	¿Por cuántos años lo usó?	¿Cuándo lo usó por última vez?	¿Lo utiliza actualmente?
ALCOHOL					SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
CANNABIS: Marijuana, hashish, aceite hash					SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
ESTIMULANTES: Cocaína, crack					SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
ESTIMULANTES: Metanfetaminas—speed, ice, crank					SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
AMFETAMINAS/OTROS ESTIMULANTES: Ritalin, Benzedrine, Dexedrine					SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
BENZODIAZEPINAS/TRANQUILIZANTES: Valium, Librium, Halcion, Xanax, Diazepam, Klonopin, "Roofies"					SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
SEDANTES/HIPNOTICOS/BARBITURICOS: Amytal, Seconal, Dalmane, Quaalude, Phenobarbital					SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
HEROINA					SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
METADONA					SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
OTROS OPIOIDES: Tylenol #2 & #3, 282'S, 292'S, Percodan, Percocet, Opium, Morphine, Demerol, Dilaudid					SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
OTROS (Especifique)_____					SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

REVISIÓN DE SISTEMAS

EN EL ÚLTIMO MES, ¿HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?

GENERAL

- Aumento de peso; cantidad _____
- Pérdida de peso, cantidad _____
- Cansancio
- Debilidad
- Fiebre
- Sudoración Nocturna

MUSCULOS/HUESO

- Dolor articular
- Debilidad muscular
- Hinchazón en articulación
- ¿Dónde? _____

OIDOS

- Zumbido
- Problemas de audición
- Dolor de oídos

OJOS

- Dolor
- Enrojecimiento
- Pérdida de visión
- Visión borrosa /doble
- Resequedad

GARGANTA

- Dolor
- Ronquera
- Dificultad para tragar
- Dolor en mandíbula

CORAZON/PULMONES

- Dolor de pecho
- Palpitaciones
- Corto de respiración
- Desmayo
- Hinchazón manos/piernas
- Tos

SISTEMA NERVIOSO

- Dolores de cabeza
- Mareos
- Desmayos
- Adormecimiento/Hormigueo
- Problemas de memoria

ESTOMAGO/INTESTINO

- Náusea
- Acidez
- Dolor estomacal
- Vómitos
- Piel Amarilla
- Estreñimiento
- Diarrea persistente
- Sangre en excreta
- Excreta negra

PIEL

- Enrojecimiento
- Rash/Erupción
- Nódulos/bultos/Lesión
- Pérdida de cabello
- Cambios de color

SANGRE

- Anemia
- Coágulos

RIÑON/ORINA/VEJIGA

- Orina frecuente / dolor
- Sangre en orina

MUJERES SOLAMENTE:

- Papanicolau Anormal
- Menstruación irregular
- Sangrado entre periodos
- Síndrome Pre-Menstrual

PSIQUIATRICO

- Depresión
- Preocupación excesiva
- Dificultad para dormirse
- Dificultad para mantener el sueño
- Diminución del deseo sexual
- Pobre apetito
- Ansiedad por comer
- Llanto frecuente
- Sensibilidad
- Pensamiento/Intento suicida
- Estrés
- Irritabilidad
- Pobre concentración
- Pensamiento constante
- Halucinaciones
- Hablar muy rápido
- Pensamientos de culpa

- Paranoia (Desconfianza excesiva)
- Cambios de ánimo
- Ansiedad
- Comportamiento riesgoso

OTROS PROBLEMAS:

HISTORIAL REPRODUCTIVO FEMENINO:

- Edad primera menstruación: _____
- # Embarazos: _____
- # Pérdidas: _____
- # Abortos: _____
- ¿Está en la menopausia? S / N ¿A qué edad? _____
- ¿Su menstruación es regular? S / N
- ¿Está activa sexualmente? S / N

IRIAMAR VELEZ-QUINONES, MD

PREVENCION	
Mayor de 30 años, ¿ Se ha revisado sus niveles de colesterol en los pasados 5 años? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Se ha realizado una mamografía? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si contestó afirmativo, indique fecha de su última mamografía: _____	
¿Salió bien su mamografía? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si _____	
¿Se ha realizado una colonoscopia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Fecha última colonoscopia: _____ ¿Salió bien su colonoscopia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si _____	
¿Se ha realizado una densitometría? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si contestó afirmativo indique fecha: _____ ¿Salió bien? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si _____	
Fecha último examen dental: _____	Fecha último examen de los ojos: _____
Inmunizaciones	
<input type="checkbox"/> Tétano/Año _____ <input type="checkbox"/> Influenza/Año _____ <input type="checkbox"/> Pneumonia/Año _____ <input type="checkbox"/> Culebrilla/Año _____	
<input type="checkbox"/> HPV : #1 _____ #2 _____ #3 _____	
<input type="checkbox"/> Otras/ _____	

Estado Funcional

¿Requiere ayuda para alguno de los siguientes?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| Bañarse _____ | Preparar comida _____ |
| Vestirse _____ | Limpiar la casa _____ |
| Arreglarse (peinarse, lavarse los dientes, afeitarse) _____ | Lavar ropa _____ |
| Ir al baño _____ | Transportación _____ |
| Comer _____ | Organizar y tomar medicamentos _____ |
| Caminar Levantarse de la silla/cama _____ | Pagar sus cuentas _____ |
| Usar el teléfono _____ | Manejar su dinero _____ |
| Ir de compras _____ | |

HISTORIAL QUIRURGICO			
-----------------------------	--	--	--

CIRUGIA	FECHA	CIRUGIA	FECHA

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA