

## HISTORIAL DEL PACIENTE

Para uso de la oficina:  
Exp.Número: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha Nac: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Apellidos                      Nombre                      Segundo Nombre

Sexo:  F  M

**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"/> Soplo             | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn |
| <input type="checkbox"/> Alta presión          | <input type="checkbox"/> Pulmonía          | <input type="checkbox"/> Colitis             |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Elevado    | <input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar  | <input type="checkbox"/> Anemia              |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo        | <input type="checkbox"/> Asma              | <input type="checkbox"/> Ictericia           |
| <input type="checkbox"/> Bocio                 | <input type="checkbox"/> Enfisema          | <input type="checkbox"/> Hepatitis           |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) _____   | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral  | <input type="checkbox"/> Ulcera péptica      |
| <input type="checkbox"/> Leucemia              | <input type="checkbox"/> Epilepsia         | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática    |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis             | <input type="checkbox"/> Cataratas         | <input type="checkbox"/> Tuberculosis        |
| <input type="checkbox"/> Angina                | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal  | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA            |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Piedra en riñones | <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:**

Consumo Cafeína : No \_\_\_ Sí \_\_\_

Tipo: \_\_\_ Café/ \_\_\_ Té/ \_\_\_ Soda # vasos por día: \_\_\_\_\_

*IRIAMAR VELEZ-QUINONES, MD*

<b>USO DE SUSTANCIAS</b>					
<b>CATEGORIA DE DROGA</b> (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?
<b>ALCOHOL</b>					SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>CANNABIS:</b> Marijuana, hashish, aceite hash					SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>ESTIMULANTES:</b> Cocaína, crack					SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>ESTIMULANTES:</b> Metanfetaminas—speed, ice, crank					SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>AMFETAMINAS/OTROS ESTIMULANTES:</b> Ritalin, Benzedrine, Dexedrine					SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>BENZODIAZEPINAS/TRANQUILIZANTES:</b> Valium, Librium, Halcion, Xanax, Diazepam, Klonopin, "Roofies"					SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>SEDANTES/HIPNOTICOS/BARBITURICOS:</b> Amytal, Seconal, Dalmane, Quaalude, Phenobarbital					SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>HEROINA</b>					SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>METADONA</b>					SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>OTROS OPIOIDES:</b> Tylenol #2 & #3, 282'S, 292'S, Percodan, Percocet, Opium, Morphine, Demerol, Dilaudid					SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>OTROS</b> (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*

<b>PREVENCION</b>	
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: _____
<b>Inmunizaciones</b>	
<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/ _____	

<b>Estado Funcional</b>
-------------------------

**¿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 _____   |                                      |

<b>HISTORIAL QUIRURGICO</b>			
-----------------------------	--	--	--

CIRUGIA	FECHA	CIRUGIA	FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA