



HISTORIA DE SALUD

(Confidencial)

Nombre _____ Fecha de Hoy _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha del último examen físico _____

¿A qué se debe su visita médica? _____

SÍNOTOMAS Marque con un tilde (✓) los síntomas que Ud. Tiene actualmente, o que ha tenido en els pasado año.

<p>GENERAL</p> <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Falta de Memoria <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida de sueño <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Sudores <p>MÚSCULO/ARTICULACIÓN/HUESO</p> <p>Dolor, debilidad, entumecimiento en:</p> <input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Caderas <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Manos <input type="checkbox"/> Hombros <p>GENITOURINARIO</p> <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Micción (orinar) frecuente <input type="checkbox"/> Falta de control de la vejiga <input type="checkbox"/> Micción dolorosa	<p>GASTROINTESTINAL</p> <input type="checkbox"/> Mal apetito <input type="checkbox"/> Hinchado <input type="checkbox"/> Cambios al defecar <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Excesivo hambre <input type="checkbox"/> Excesiva sed <input type="checkbox"/> Gases <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Indigestión <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Sangrar por el recto <input type="checkbox"/> Dolor de estómago <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Vómitos de sangre <p>CARDIOVASCULAR</p> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta <input type="checkbox"/> Latidos irregulares del corazón <input type="checkbox"/> Presión sanguínea baja <input type="checkbox"/> Mala circulación <input type="checkbox"/> Latidos acelerados del corazón <input type="checkbox"/> Hinchazón de los tobillos <input type="checkbox"/> Venas varicosas	<p>OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA</p> <input type="checkbox"/> Sangrar de las encías <input type="checkbox"/> Vista nublada <input type="checkbox"/> Estrabismo/Bizquera <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Dolor de oídos <input type="checkbox"/> Supuración por los oídos <input type="checkbox"/> Fiebre del heno <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales <input type="checkbox"/> Tos persistente <input type="checkbox"/> Zumbido de los oídos <input type="checkbox"/> Problemas de la sinus <input type="checkbox"/> Visión - Fulguración <input type="checkbox"/> Visión - Círculos de luz <p>PIEL</p> <input type="checkbox"/> Se pone morada fácilmente <input type="checkbox"/> Ronchas <input type="checkbox"/> Picazón <input type="checkbox"/> Cambios en verrugas <input type="checkbox"/> Salpullidos <input type="checkbox"/> Cicatrices <input type="checkbox"/> Llagas que no cicatriza	<p>para los HOMBRES solamente</p> <input type="checkbox"/> Bulto en el pecho <input type="checkbox"/> Dificultad en la erección <input type="checkbox"/> Bulto en los testículos <input type="checkbox"/> Supuración por el pene <input type="checkbox"/> Llagas en el pene <input type="checkbox"/> Otros <p>para las MUJERES solamente</p> <input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou anormal <input type="checkbox"/> Sangrado entre períodos <input type="checkbox"/> Bulto en el seno <input type="checkbox"/> Dolor menstrual muy fuerte <input type="checkbox"/> Fogaje ("Hot Flashes") <input type="checkbox"/> Supuración por los pezones <input type="checkbox"/> Coito doloroso <input type="checkbox"/> Supuración por la vagina <input type="checkbox"/> Otros <p>Fecha de la última menstruación _____</p> <p>Fecha de la última Prueba de Papanicolaou _____</p> <p>¿Ha tenido Ud. un mamograma? _____</p> <p>¿Está Ud. embarazada? _____</p> <p>¿Cuántos hijos tiene? _____</p>
--	---	---	---

CONDICIONES Marque con un tilde (✓) las condiciones que Ud. Tiene o que ha tenido en el pasado.

<input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Apendicitis <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Trastornos de Desangramiento <input type="checkbox"/> Bulto en los Senos <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Bulimia <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Drogaadicción <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Bocio <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Cardiopatías <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> HIV Positivo <input type="checkbox"/> Enfermedades del Riñón <input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Marcaposso <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Problemas de la Próstata <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiátrico <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio <input type="checkbox"/> Problemas de la Glándula Tiroides <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Fiebre Tifoidea <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Infecciones Vaginales <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas
---	---	--	---

MEDICAMENTOS Liste los medicamentos que Ud. Toma actualmente	ALERGIAS A medicamentos o sustancias
Nombre de la Farmacia	Teléfono

HISTORIA FAMILIAR Complete la información de salud sobre su familia.							
Relación	Edad	Estado de Salud	Edad a la Muerte	Causa de la Muerte	Marque con un tilde (✓) si sus familiares consanguíneos han tenido algunas de las siguientes enfermedades:		
					Enfermedad	Parentesco con Ud.	
Padre					Artritis, Gota		
Madre					Asma, Fiebre del Heno		
Hermanos					Cáncer		
					Drogaadicción		
					Diabetes		
					Cardiopatías, Embolia Cerebral		
Hermanas					Presión Sanguínea Alta		
					Enfermedad del Riñón		
					Tuberculosis		
					Otras		
HOSPITALIZACIONES				Motivo del Hospitalización y Resultado	HISTORIA SOMBRE EMBARAZOS		
Año	Hospital				Año de Nacimiento	Sexo del Nacimiento	Complicaciones (si las hubo)
					HÁBITOS DE SALUD Marque con un tilde (✓) las sustancias Ud. usa, y describa cuánto.		
						Cafeína	
						Tobaco	
						Drogas	
						Otras	
¿Ha tenido Ud. alguna vez una transfusión de sangre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Si la respuesta es afirmativa, dar fechas aproximadas _____							
ENFERMEDADES/LESIONES SERIAS		FECHA	RESULTADO				
					INQUIETUDES RELACIONADOS CON EL TRABAJO		
					Marque con un tilde (✓) si su trabajo lo expone Ud. A alguna de las siguientes condiciones:		
						Estrés	
						Sustancias Peligrosas	
						Levantamiento de Objetos Pesados	
						Otras	
					Su ocupación:		

Certifico que la información incluida arriba es correcta, a mi leal saber y entender. Yo no haré responsable ni a mi doctor ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Firma del paciente, padre, tutor o representante Peronal

Fecha

Por favor escriba el nombre del paciente, padre, tutor o representante personal

Relación con el paciente

Revisado Por

Fecha