



Historial del paciente

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Registro Medico #: _____

¿Cómo se enteró de nosotros?:

Historial de enfermedad actual

Motivo de la visita: _____

Ha tenido alguna vez un cateterismo cardíaco?: Si No

En caso afirmativo, cuándo y dónde: _____

	Alergias a medicamentos, tintes u otras alergias	Describa su experiencia
2		
3		

	Cirugías pasadas	Razón
1		
2		
3		



Lista de medicamentos

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la Farmacia: _____ Dirección: _____

Teléfono #: _____ Registro Medico #: _____

Incluya todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos a base de hierbas. Actualice y traiga este formulario a cada visita al consultorio.

	<u>Nombre del Medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>¿Cuántas veces al día?</u>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			

Historial médico anterior

Responda si **ya le han diagnosticado** alguna de las siguientes afecciones en el pasado. **Responda ÚNICAMENTE las que correspondan..**

Condición	Cuándo comenzó	Detalles
Diabetes Mellitus		
Anemia		
Artritis		
Trastorno de tiroides (especifique)		
Hernia		
Cáncer (explique)		
VIH (SIDA)		
Hipertensión		
Colesterol alto		
Latidos irregulares del corazón (arritmias)		
Desmayos / mareos		
Fiebre reumática		
Ataque al corazón		
Insuficiencia cardíaca		
Soplos cardíacos		
Cardiomiopatía		
Enfermedad de la arteria carótida (CAD)		
Nuevas válvulas cardíacas		
Stent (s) en corazón		
Marcapasos / desfibrilador		
Cirugía cardíaca anterior		
Transplante de corazón		
Aneurisma		

Obstrucciones en las arterias de las piernas (enfermedad de lasperiféricas)		
Dolor en las piernas al caminar		
Coágulos en las venas de las piernas (trombosis venosa profunda)		
Stent(s) en las piernas		
Ablación (es) de la vena de la pierna		
Asma		
EPOC		
Coágulo en los pulmones (embolia pulmonar)		
Tuberculosis		
Apnea del sueño		
Nefropatía		
Diálisis (explique la duración)		
Transplante de riñón		
Hepatitis		
Enfermedad del hígado		
Reflujo ácido (ERGE)		
Úlceras pépticas / de estómago		
Sangrado fácilmente		
Coagulando fácilmente		
Convulsiones		
Accidente cerebrovascular / AIT		
Otros:		

Antecedentes familiares

Por favor, marque a continuación cualquiera de las enfermedades médicas que puedan estar relacionadas con los miembros de su familia.

	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Otro
Cardiopatía					
Sangre alta					
Carrera de presión					
Diabetes					
Cáncer					
Colesterol alto					

Historia social

¿Trabaja actualmente?	Sí	No	caso afirmativo, ocupación: _____		
Estado civil:	Soltero/a	Casado/a	Divorciado/a	Viudo/a	Separado/a
¿Hace ejercicio?	Sí	No	En caso afirmativo, ¿cuántas veces por semana? _____		

Uso de cafeína (té, café, refrescos)	Todos los días	Ocasionalmente	Nunca
---	----------------	----------------	-------

Historial de alcohol:

¿Bebe alcohol actualmente?	Todos los días	Ocasionalmente	Nunca
¿Por cuanto tiempo? _____	¿Cuánto por semana? _____		
¿Qué tipo de alcohol?	Vino	Cerveza	Licor

Antecedentes de tabaquismo:

¿Alguna vez ha consumido tabaco?	Actualmente	En el pasado	Nunca		
Si está usando actualmente, ¿qué tipo?	Cigarrillos	E-cigarrillo	Cigarro	Pipe	Chew /Dip
¿Cuántos paquetes / cantidad por día? _____	¿A qué edad empezaste? _____				
Si usuario anterior: Edad comenzó _____ Edad dejó de usar _____ ¿Cuántos paquetes / cantidad por día? _____					

Historial de drogas:

¿Actualmente consume drogas recreativas?	Sí	No	Si es así, ¿por cuánto tiempo? _____		
Por favor explique qué droga (s) usa _____					
¿Ha usado alguna vez drogas recreativas en el pasado?	Sí	No	Si es así, por cuánto tiempo? _____		
Por favor explique qué medicamento(s) usa _____					

Historial menstrual (Mujeres):

Último período menstrual: _____	Edad de la menopausia: _____
---------------------------------	------------------------------

Historial sexual:

¿Eres sexualmente activo?	Si	No
---------------------------	----	----

Revisión de los sistemas

Marque los síntomas que está experimentando **actualmente**

General

Fiebre
Escalofríos
Pérdida de apetito
Debilidad general
Fatiga
Aumento de peso
Pérdida de peso
Sudores nocturnos
Dificultad para dormir
Otros: _____

Cardiovasculares

Dolor o malestar en el pecho
Corazón acelerado / palpitante
Latidos irregulares / divertidos
Mareos / sensación de desvanecimiento
Desmayo
Dificultad para respirar en reposo
Dificultad para respirar con actividad
Dificultad para respirar cuando está acostado
Despertarse por la noche por falta de aire
Decoloración azul de la piel
Dolor en la (s) pierna (s) al caminar
Hinchazón de la (s) pierna (s)
Otros: _____

Respiratorio

Tos de larga duración
Sibilancias
Dificultad para respirar en reposo
Dificultad para respirar con actividad Ronquidos
Jadear por aire durante el sueño
Uso de dispositivo C-PAP
Uso de oxígeno
Tosiendo sangre
Otros: _____

Ojos

Visión borrosa
Visión doble
Usa anteojos
Otros: _____

Oído / Nariz / Garganta

Dificultad para oír
Zumbido en el (los) oído (s)
Pérdida de audición Dolor de garganta
Otros: _____

Hematológico / linfático

Sangra fácilmente
Moretones con facilidad
Bultos / protuberancias / masas
Otros: _____

Gastrointestinal

Heces blandas (diarrea)
Sin heces (estreñimiento)
Ojos o piel de color amarillo
Cambios en los hábitos intestinales
Sangre roja brillante en las heces
Heces de color oscuro o negras
Hemorroides
Otros: _____

Neurológico

Debilidad general del cuerpo
Debilidad en un área específica
(describa a continuación en "otros")
Entumecimiento
Cambios en las sensaciones (Ej., Hormigueo)
Manos temblorosas
Dificultad para concentrarse
Dificultad con la coordinación
Somnolencia diurna
Mareos
Sensación de mareo
Convulsiones
Otros: _____

Psiquiátrico

Sensación de nerviosismo
Dificultad para recordar
Cambios de humor
Pensamientos acelerados
Otros: _____

Musculoesquelético

Dolor en las articulaciones
Hinchazón de las articulaciones
Dolor de espalda o cuello
Rigidez matutina
Calambres / tensiones musculares
Limitación de movimiento
Otros: _____

Endocrino

Se siente más caliente de lo habitual
Sentirse más frío de lo habitual
Sed excesiva
Sudoración excesiva
Urinación
Otros: _____

Genitourinario

Dolor / ardor al orinar
Vacilación al orinar
Urgencia de orinar
Sangre en la orina
Urinación por la noche

Náuseas
Vómitos
Falta de apetito
Dificultad para tragar
Acidez de estómago
Dolor abdominal
Hinchazón
Heces blandas (diarrea)

Goteo de orina
Disminución de la libido
Próstata agrandada
Cambios en los(s) senos(s)
Otros: _____