

Historial Médico

MR#		
Apellido	Primer Nombre, Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
Medico de Familia	Nombre de otros doctores a su cargo	

PORFAVOR NO ESCRIBA EN ESTA SECCIÓN. SOLO PERSONAL MEDICO

Nurses / Doctors notes:

Tests or labs ordered today:

¿CUAL ES LA RAZÓN DE SU VISITA HOY?

Chief Complaint:

¿A SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS?

Sistema	Si	No	Año	Sistema	Si	No	Año	Sistema	Si	No	Año
<u>CARDIOVASCULAR</u>				<u>NEUROLOGICO</u>				<u>OIDOS, NARIZ, GARGANTA</u>			
Presión Alta				Convulsiones				Dientes Sueltos			
Presión Baja				Debilidad				Sangrado Nasal			
Latido Irregular del Corazon - Arritmia				Migrañas				Sordera			
Dolor en el Pecho				Derrame cerebral previo				<u>PSYCOSOCIAL</u>			
Colesterol Alto				<u>MUSCULOESQUELETICO</u>				Alcoholismo			
Enfermedad Vascular				Enfermedad Osea				Abuso de Drogas			
Marca Pasos				Artritis				Depresión			
<u>RESPIRATORIO</u>				Dolor de Cuello				Problemas de Ansiedad			
Asma				Dolor de Espalda							
Pneumonia				Enfermedad Hematológica							
Bronquitis				<u>Tipo de Enfermedad Hematológica:</u>				<u>Profavor de una lista de sintomas adicionales:</u>			
Tos Crónica				Salpullidos							
Ronquera				Infección por Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)							
Traqueotomía											
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)											
Tuberculosis											
<u>GENITOURINARIA</u>				moretones							
Enfermedad de Riñón				<u>OFTÁLMICAS</u>							
Falla Renal Crónica				Ceguera				<u>¿Diagnosticado con Cancer? ¿Que Tipo?</u>			

Actualmente en diálisis			Cataratas							
Infección urinaria			Glaucoma							
<u>ENDOCRINO/METABOLICO</u>			<u>PECHO</u>							
Diabetes TIPO I / TIPO II			Bultos							
Enfermedad de Tiróide			Cancer							

¿HA EXPERIMENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES Y HEPÁTICOS RECENTEMENTE?

Systema	HOY	En los ultimos dos meses	PORFAVOR INDIQUE CUAL DE ESTOS PROBLEMAS ESTAN RESUELTOs MARCANDO "RESOLVED," o usted puede explicarlo.
<u>GASTROINTESTINAL</u>			
Diarrea			
Constipación			
Sangrado Rectal			
cambio en los hábitos intestinales			
Cambio de Peso			
Heces Oscuras			
Intestino Irritable			
Enfermedad de Crohn			
Colitis Ulcerosa			
Problemas al Tragar			
Nausea/Vomito			
Acidez			
Dolor Abdominal			
<u>HEPÁTICO</u>			
Enfermedad hepática terminal			
Cirrosis			
Hepatitis			
Pancreatitis AGUDA / CRÓNICA			

PROCEDIMIENTOS GASTROINTESTINALES PASADOS:	SI	NO	FECHA APROXIMADA DEL POLIPOS?	ENCONTRARON PROCEDIMIENTO	ALGUN RESULTADO ANORMAL, EXPLIQUE:
¿HA TENIDO UNA COLONOSCOPIA EN EL PASADO?					
¿HA TENIDO UNA ENDOSCOPIA (ASGE)?					
HA TENIDO	SI	NO	FECHA(S) APROXIMADAS		
Transfusion de Sangre?					
Donado Sangre?					
Tiene Tatuajes? (Fecha del primer tatuaje)					
¿Ha tenido alguna cirugía o ha sido hospitalizado? <u> Sí </u> <u> No </u>			Cirugias	Fechas	Hospitalizaciones que no fueron Cirugias
¿Problemas con la anestesia? <u> Sí </u> <u> No </u>					
En caso afirmativo, indique:					

Historia Social:	Alcohol: ¿Cuántas bebidas consume al día? ____ ¿Por semana? ____ ¿Por mes? ____ ¿Utiliza actualmente drogas ilícitas? Sí ____ No ____ En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? ____ ¿Ha consumido alguna vez drogas ilícitas? Sí ____ No ____ ¿Cuándo dejó de usar? ____
Consumo de tabaco: marque uno: No fumador Fumador Actual Ex fumador	Tabaco: ¿Cuántos paquetes por día? ____ ¿Por cuantos años? ____ ¿A qué edad empezó a fumar? ____ Que Año dejó de Fumar? ____
Enumere todas las alergias, incluyendo las ambientales, a los medicamentos, y a los alimentos y que reacción tuvo a una transfusión de sangre previa.	

HISTORIA DE FAMILIA

Indique si sus padres, hermanos, hermanas y / o hijos han tenido alguna de las siguientes condiciones:

Condición	Relación	¿Viviendo / Fallecido?	Condición	Relación	¿Viviendo / Fallecido?	Condición	Relación	¿Viviendo / Fallecido??
Cancer Colon/ Rectal No ____ Si ____			Problemas de Riñón No ____ Si ____			Cardiopatía No ____ Si ____		
Cancer de Estomago No ____ Si ____			Colitis ulcerosa No ____ Si ____			Enfermedad de Crohn No ____ Si ____		
Cancer de Seno No ____ Si ____			Cancer de Ovarios No ____ Si ____			Problemas de sangrado No ____ Si ____		

Indique en esta sección cualquier problema que no hayamos abordado en este formulario:

****Pacientes: no firmen hasta que el asistente médico haya revisado esta información con usted ****

Yo _____ Estoy de acuerdo que según mi conocimiento la información
Nombre del Paciente

que he proporcionado en el formulario de historial médico es correcta. El asistente médico ha revisado la información conmigo en la habitación y acepto que esta información se convierta parte de mi historial médico permanente.

Firma del Paciente

Fecha de Hoy

PARA USO DE PERSONAL DE OFICINA ÚNICAMENTE, PORFAVOR NO ESCRIBAN DEBAJO DE ESTA LÍNEA			
The above information has been reviewed and discussed with the patient YES / NO	Date reviewed	Staff name/Title	Signature
Patient refused: YES / NO If Refused, Reason:			