

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

HISTORIAL MÉDICO PASADO	Problemas médicos / Diagnóstico	Fecha	Cirugías / Procedimientos	Fecha

HISTORIAL SOCIAL	Por favor chequear las respuestas apropiadas	Comentarios
	¿Ha usted fumado? Nunca <input type="checkbox"/> En el pasado <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Cigarros <input type="checkbox"/> Vapor <input type="checkbox"/> Si fuma actualmente, ¿cuántos paquetes al día?: _____ ¿paquetes al año?: _____	
	¿Bebe alcohol? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si "sí": Cerveza <input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Licores <input type="checkbox"/> Si afirmativo, ¿Cuántos tragos por semana? _____	
	¿Usa drogas ilegales o uso inadecuado de fármacos de prescripción? Nunca <input type="checkbox"/> En el pasado <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/>	
	Estado civil: Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/>	
	¿Hace ejercicio?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Qué tipo de ejercicio?: _____ ¿Por cuánto tiempo se ejercita? _____ ¿Con qué frecuencia? _____	
	¿Ha sido abusado/a sexualmente, amenazado/a o lastimado/a por alguien? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	¿Tiene una directiva anticipada redactada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En mi archivo <input type="checkbox"/> ¿Quisiera hablar con alguien al respecto? Sí <input type="checkbox"/> Declino <input type="checkbox"/>	

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

<b>HISTORIAL DE FAMILIA</b>	Relación	En vida		Problemas médicos (presión arterial alta, enfermedad cardíaca, cáncer, colesterol alto, enfermedad de la tiroides, salud mental u otra afección)
		Sí	No	
	Padre			
	Madre			
	Hermano/a			
	Hermano/a			
Hermano/a				

**Farmacia local:**

**Farmacia por correo:**

<b>HISTORIAL MÉDICO</b>	Medicamentos para alergias: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tipo de reacción alérgica:	
	Si afirmativo, ¿qué medicamento?:			
	¿Alergias a comidas o herbarios?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tipo de reacción alérgica:	
	Si afirmativo, ¿qué comidas o hierbas?:			
	Medicamentos Corrientes (o adjunte una lista)	Potencia	¿Con qué frecuencia?	¿Quién recetó el medicamento?

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

Chequé si tiene cualquiera de estos síntomas	SÍ	NO	N/A	Comentarios
<b>VISIÓN / OJOS</b>				
Visión doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Manchas ante los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cambios en la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA / BOCA</b>				
Dolor de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas auditivos o zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de seno nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>CARDIOVASCULAR</b>				
Dolor o presión en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Piernas hinchadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Latido cardíaco rápido o irregular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>RESPIRATORIO</b>				
Sibilancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>GASTROINTESTINAL</b>				
Diarrea o constipación frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sangre en las heces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nausea / Vómitos / Acidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>GENITOURINARIO</b>				
Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Micción frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

Chequé si tiene cualquiera de estos síntomas	SÍ	NO	N/A	Comentarios
<b>GENITOURINARIO (SI CORRESPONDE)</b>				
Dolor testicular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Impotencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor durante el sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolores genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sangrado anormal / Descarga vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Períodos dolorosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Síndrome premenstrual (PMS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>MUSCULOESQUELÉTICO</b>				
Debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor muscular y de articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>PIEL</b>				
Sarpullido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lunares (que crecen o cambian de aspecto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>NEUROLOGÍA</b>				
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>PSIQUIATRÍA</b>				
Depresión o llanto frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cambios de ánimo frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ataques de pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

Chequé si tiene cualquiera de estos síntomas	SÍ	NO	N/A	Comentarios
<b>ENDOCRINA</b>				
Pérdida de cabello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intolerancia al calor o el frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sed anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>HEMATOLOGÍA / LINFA</b>				
Moretones frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ganglios linfáticos agrandados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Equipo de atención médica**

Nombres de otros proveedores médicos que ve actualmente y por qué.

Nombre: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_