

Patient Name: _____ DOB: _____ Today's Date: _____

HISTORIAL DE FAMILIA	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			

Farmacia local:

Farmacia por correo:

HISTORIAL MÉDICO	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
VISIÓN / OJOS				
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"/>	
OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA / BOCA				
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"/>	
CARDIOVASCULAR				
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"/>	
RESPIRATORIO				
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"/>	
GASTROINTESTINAL				
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"/>	
GENITOURINARIO				
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
GENITOURINARIO (SI CORRESPONDE)				
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"/>	
MUSCULOESQUELÉTICO				
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"/>	
PIEL				
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"/>	
NEUROLOGÍA				
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"/>	
PSIQUIATRÍA				
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
ENDOCRINA				
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"/>	
HEMATOLOGÍA / LINFA				
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: _____