



Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

La razon de su visita? _____

___ Derecho ___ Izquierda ___ Los dos lados Cuanto tiempo tiene con este problema? _____

Tuvo una lastimadura? ___ Si ___ No Fecha de la lastimadura? _____

___ Lastimadura de trabajo ___ Lastimadura de accidente ___ Lastimadura de deporte ___ Otro: _____

Ha tenido alguno de estos estudios para este problema? ___ X-Rays ___ MRI ___ CT Scan ___ Bone Scan ___ EMG

___ Terapia Fisica ___ Inyecciones ___ Otro: _____

Historial de Cirugias

Cirugia	Fecha de cirugia	Notas

Historial Familiar: Por favor sea específico si se encuentra en el lado materno o paterno.

Relacion	Problema

Relacion	Problema

MEDICAMENTOS: Si no hay suficiente espacio, por favor indique los medicamentos al reverso de esta hoja.

Farmacia: _____

Medicamento / Dosis	Frecuencia

Medicamento / Dosis	Frecuencia

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Alergia a medicamento	Reaccion

Alergia a medicamento	Reaccion

Historial Medico (Solamente marque Si aplica)

	Si	Notas		Si	Notas
TDAH			Ataque de corazon		
Dolor abdominal			Enfermedades del corazon		
Perdida anormal de peso			Valvula/ Soplo cardiaco		
Trastornos afectivos			Hemorroides		
Alcoholismo			Hepatitis (agudo o cronico)		
Alergias			Hernia(s)		
Anemia			Colesterol alto		
Anorexia			Alta Presion		
Trastornos de ansiedad			Tiroides Alto		
Aneurisma aortico			Tiroides Bajo		
Apendicitis			Incontinencia: fecal		
Disminucion de apetito			Incontinencia: urinaria		
Arritmia			Indigestion		
Artritis			Enfermedad Renal		
Asma/problemas Respiratorios			Ulceras de la pierna/pie		
Fibrilacion Auricular			Enfermedad hepatica		
Aleteo Auricular			SARM (infección en la piel)		
Problemas de riñon/vejiga			Sarampion		
Trastornos de la sangre			Migraña/dolor de cabeza		
Hinchazon			Aborto espontaneo		
Enfermedades en la sangre			Mononucleosis infecciosa		
Cambios digestivos			Llagas en la boca		
Masa/quiste en el seno			Esclerodis multiple		
Huesos Rotos			Paperas		
Bronquitis			Problema de musculo/hueso		
Bulimia			Trauma nasal		
Empolio cerebral			Nauseas		
Cancer			Nausea/Vomito		
Problema de arteria carotida			Transplante de organos		
Cataratas			Osteopenia		
Dependenica quimica/drogas			Osteoporosis		
Varicela			Marcapasos		
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica			Ulceras Pepticas		
Dolor Cronico			Problema vascular periferico		
Estreñimento			Pulmonia		
Enfermedad arteria coronaria			Polio		
Thrombosis venosa profunda			Poliomielitis		
Depresion			Menopausia		
Trastornos de desarrollo o de comportamiento			Problemas de Prostata		
Diabetes			Problemas Psiquiátricos		

Dialisis			Embolia Pulmonar		
Diarrea			Sangrado Rectal		
Dificultar al pasar			Enfermedad por Reflujo		
Problemas digestivos			Fiebre reumática		

Diverticulitis			Fiebre escarlata		
Problemas del oido/audicion			Convulsions		
Embarazo ectópico			Lesiones Serias / traumáticas		
Problemas Emocionales			Enfermedad de transmision sexual		
Enfisema			Cancer de piel/o problemas de piel		
Epilepsia			Apnea del sueño (ronquidos)		
Fibromialgia			Intento de suicidio		
Enfermedades Gastrointestinales			Falta de aliento		
Enfermedad genitourinaria			Inflamacion de anginas		
ERGE/reflujo ácido			Tuberculosis		
Sarampión alemán			Fiebre tifoidea		
Glaucoma			Ulceras		
Bocio			Infección via urinaria		
Gonorrea			Infections vaginales		
Gota			Problemas de vision o de ojos		
VIH positivo			Vomito con sangre		
Dolor de cabeza/mareos					

Historial Social

Ocupacion					Notas	
Educacion					Notas	
Capaz de cuidar de sí mismo?	Si		No		Notas	
Toma Alcohol?	No	Ocacional	Moderado	Excesivo	Años de uso:	
Dieta especial	Regular		Vegetariano		Notas	
Nivel de ejercicio	No	Ocacional	Moderado	Excesivo	Notas	
Caffeine	No	Ocacional	Moderado	Excesivo	Notas	
No recusitar	Si		No		Notas	
Vive solo o con otros?	Solo/a		Con Otros		Notas	
Uso de drogas ilícitas	Si		No		Años de uso:	
Nivel de estres	Bajo		Med	Alto	Notas	
Actividades Deportivas	Si				Notas	
Activo/a sexualmente?	Si		No		Notas	
Sexo con proteccion?	Si		No		Notas	
Antecedentes de abuso	Si		No		Notas	
Abuso actual	Si		No		Notas	
Tipo de abuso	Verbal		Fisico	Emocional	Notas	
Consumo de Tabaco?	Nunca	Anterior	Actual	Esponaneo	Años de uso:	Cuanto Fuma?:

Vacuna contra la gripe: _____ Vacuna contra la neumonía: _____

Detección del cáncer de colon: _____ Fecha de examen _____

Tipo de examen: Colonoscopia Sigmoidoscopia Flexible Prueba de sangre oculta fecal