

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:					Fecha:		
Edad:	Fecha de Nacimiento:	Altura:	Peso:	Sexo:	M	F	
Alergias a Medicamentos/Otras:							
Motivo de su visita:							
Referido por:							
¿Está usted al día con sus vacunas?							
¿Necesita usted ayuda para trasladarse de un sitio a otro?							
¿Tiende usted a caerse con facilidad?							

Paciente/Cuidador no puede proporcionar su historial clínico

MEDICAMENTOS

Escriba la lista de todos los medicamentos que usted toma, asegúrese de incluir vitaminas, suplementos a base de hierbas y los medicamentos que venden sin receta

Nombre del Medicamento	Fecha/Inició	Fecha/Paró	Dosis	Frecuencia

Nombre de la Farmacia: _____ Teléfono: _____

HISTORIAL MÉDICO PASADO

Si alguna vez tuvo algún problema en las siguientes áreas, por favor marque el cuadro correspondiente

<input type="checkbox"/>	Infecciones de Vejiga	<input type="checkbox"/>	Circulación	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Hepatitis
<input type="checkbox"/>	Riñones	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Dolor Crónico	<input type="checkbox"/>	VIH
<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	Tiroides	<input type="checkbox"/>	Digestivo
<input type="checkbox"/>	Alta Presión Arterial	<input type="checkbox"/>	Dificultad para Oír	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	Coágulos de Sangre
<input type="checkbox"/>	Accidente Cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	Implantes	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Sangrado
<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/>	Hígado
<input type="checkbox"/>	Colesterol	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>	Malos Dientes	<input type="checkbox"/>	Otro

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PREVIOS

Por favor escriba lista

HISTORIAL FAMILIAR

Si su familiar ha tenido alguna vez alguno de los siguientes problemas, por favor marque el cuadro

	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Tío	Tía	Abuelo	Abuela
Artritis								
Asma								
Sangrado								
Cáncer								
Diabetes								
Corazón								
Pulmón								
Mental								
Otro								
Accidente Cerebrovascular / Embolia								
Tiroides								

HISTORIAL SOCIAL

Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Otro
Ocupación:	Número de hijos vivos:				
Más alto nivel de educación:	<input type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/> Preparatoria	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Otro	
¿Tiene usted necesidades especiales religiosas o culturales?					
Fumador:	<input type="checkbox"/> Actualidad	<input type="checkbox"/> Pasado	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Expuesto al humo de segunda mano	
Uso del Alcohol:	<input type="checkbox"/> Actualidad	<input type="checkbox"/> Pasado	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca	
¿Se siente usted seguro en su hogar?					
¿Quiere usted hablar acerca de la violencia doméstica?					

SÍNTOMAS Y QUEJAS EN LA ACTUALIDAD

Sí **No**

Cuerpo en general:

- Fatiga
- Fiebre
- Escalofríos
- Sudores Nocturnos
- Cambio de Peso Marcado
- Pérdida de Apetito

OTRO: _____

Ojos:

- Visión doble o borrosa
- Lagrimeo en exceso
- Ojos secos
- Sensibilidad a la luz
- Dolor de ojo

OTRO: _____

Sí **No**

Oídos/Nariz/Boca/Garganta:

- Pérdida del oído
- Dolor de oído
- Goteo postnasal
- Pérdida del sabor
- Pérdida del olfato
- Sangrado de la nariz Problemas dentales Sangrado de las encías
- Dolor de garganta
- Ronquera
- Dificultad para destapar los oídos
- Dolor/inflamación de las glándulas linfáticas

OTRO: _____

Sí

No

Genitourinario:

- Fuerza al orinar disminuye
- Dolor al orinar
- Frecuencia
- Sangre en la orina
- Urgencia
- Incontinencia

OTRO: _____

Musculo esqueleto:

- Dolor de espalda
- Dolor muscular
- Disminuye su masa muscular
- Debilidad muscular
- Inflamación en las articulaciones
- Contracturas

OTRO: _____

Integumentaria:

- Cambio en el cabello, piel, uñas
- Resequedad en la piel
- Protuberancias/Lesiones
- Comezón
- Salpullido
- Sensibilidad al sol
- Pérdida del cabello
- Callos
- Propenso a desgarrar la piel

OTRO: _____

Neurológico:

- Paso Anormal
- Le da vueltas la cabeza/Mareos
- Entumecimiento/Pérdida de sensación (Pies)
- Hormigueo
- Temblores
- Debilidad
- Dolores de cabeza
- Parálisis
- Desmayos

OTRO: _____

Respiratorio:

- Tos
- Escupe sangre
- Falta de respiración
- Tos sibilante
- Uso de oxígeno

OTRO: _____

Hematológico / Linfático:

- Le salen moretones fácilmente
- Tiende a sangrar
- Glándulas inflamadas / dolor

OTRO: _____

Sí

No

Cardiovascular (Central / Peri feral):

- Dolor de pecho
- Palpitaciones Cardíacas
- Sudoración excesiva
- Dificultad para respirar en el esfuerzo
- Inflamación en las piernas
- Dolor de piernas cuando camina
- Dificultad para respirar cuando está recostado

OTRO: _____

Gastrointestinal:

- Incontinencia intestinal
- Cambios en los hábitos intestinales
- Dolor abdominal
- Dificultad para tragar
- Indigestión
- Piel amarilla
- Náusea/Vómito/Diarrea
- Sangre en las heces
- Estreñimiento
- Pérdida de apetito
- Hemorroides
- Reflujo / acidez gástrica

OTRO: _____

Psiquiátrico:

- Ansiedad
- Claustrofobia
- Problemas para dormir
- Deseos suicidas
- Pérdida de la memoria
- Nerviosos / Tensión

OTRO: _____

Endocrino:

- Intolerancia al frío
- Intolerancia al calor
- Sed en exceso
- Hambre en exceso
- Orina en exceso

OTRO: _____

Alérgico / Inmunológico:

- Urticaria
- Rinitis
- Fiebre de heno

OTRO: _____

DIRECTIVA ANTICIPADA E INSTRUCCIONES:

- Directiva Anticipada: Sí o No
- Materiales Proporcionados sobre la Directiva Anticipada
- NO RESUCITAR
- Testamento Vital
- Copia del Testamento Vital proporcionada al hospital