

Collier Neurologic Confidential Health History

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha _____
 Edad _____ Medico Primario _____ Motivo de la visita _____
 Nombre y Address de la Farmacia _____
 Correo electrónico _____

Revisión de los sistemas según lo requerido por Medicare y las aseguradoras privadas.

¿Ha tenido alguno de estos síntomas recientemente?

Por favor, marque con un círculo sí o no para cada tema

Constitucional	Ojos	Síntomas intestinales
Y N Cambio de peso	Y N Empeoramiento de la agudeza	Y N Estreñimiento
Y N Fiebre	Y N Ver doble	Y N Acidez estomacal
Y N Sudores nocturnos	Y N Dolor de ojos	Y N Náuseas
Y N Sensación de cansancio	Y N Otros síntomas oculares	Y N Vómitos
		Y N Dolor abdominal
		Y N Diarrea
		Y N Dolor abdominal
		Y N Suciedad Ropa interior
		Y N Sangre en las heces
		Y N Otros síntomas intestinales
Oídos, nariz, boca, garganta	Pulmones	
Y N Un lado pérdida de audición	Y N Tos	
Y N Pérdida de audición	Y N Tos con sangre	
Y N Zumbido en los oídos	Y N Sudores nocturnos	
Y N dolor de garganta	Y N Sibilancias	
Y N Dolor en la boca	Y N Toser esputo	
Y N Hemorragias nasales	Y N Dificultad para respirar	
	Y N Otros síntomas pulmonares	
Urinario	Sangre	Corazón
Y N Sangre en la orina	Y N Sangrado fácil	Y N Dolor torácico
Y N Dolor al orinar	Y N Moretones fáciles	Y N Frecuencia cardíaca rápida
Y N Aumento de la frecuencia urinaria	Y N Glándulas inflamadas cuello	Y N Palpitaciones
Y N Pérdida de control (auto mojado)	Y N Glándulas inflamadas axilas	
Y N otros problemas urinarios		
Piel	Endocrino	Alergia
Y N Picazón- incontrolable	Y N Sudoración excesiva	Y N Secreción nasal acuosa
Y N Llagas en la piel	Y N Sed excesiva	Y N Alergias estacionales
Y N Erupción	Y N Disminuir la tolerancia al calor	Y N Alergias de contacto
Y N Otros síntomas cutáneos	Y N Disminuir la tolerancia al frío	Y N alergias alimentarias
Neurológico	Estado de ánimo	Dolor Musculoesquelético
Y N Mareos	Y N Falta de sueño	Y N Hombro
Y N Debilidad	Y N Disminución del placer de hacer las cosas	Y N Brazo
Y N Entumecimiento	Y N sentirse deprimido / deprimido / desesperado	Y N Mano
Y N Dolor de cabeza	Y N cambio en la personalidad	Y N Dedos
Y N Caídas	Y N Sensación de fatalidad inminente	Y N Cadera
	Y N Comportamiento impulsivo	Y N Pierna
		Y N Pie

Por favor, pase la página y complete la parte posterior

Haz una lista de todos los problemas médicos y cirugías anteriores que hayas tenido

Enumere todos los medicamentos y sus dosis que toma, incluya medicamentos de venta libre y herbals

Alergias a medicamentos:

Enumere las pruebas de sangre, cardíacas y radiológicas recientes (en los últimos 6 meses) y dónde las hicieron

Social History

Número de hijos _____ Tu estas: Casado/a _____ Divorciado/a _____ Viudo/iudo/a _____ Otro/a _____
Diploma más alto obtenido _____ ¿Fumaste o fumaste? _____ ¿Cuándo dejaste de fumar? _____ Paquetes por día fumados _____ Número de años fumados _____ ¿Bebe algún tipo de alcohol? _____ Qué tipo (cerveza, vino, licor fuerte) _____ Cuántos días a la semana _____ Cuántas bebidas al día _____ ¿Cuántas onzas hay en cada bebida? _____
¿Ha consumido marihuana, cocaína, drogas inyectables? _____ Última vez que se usó _____

Antecedentes familiares

	Vivo Y/N	Edad al morir	Causa de muerte
Madre			
Padre			
Hermana			
Hermana			
Hermano			
Hermano			
Hijo/Hija			
Hijo/Hija			

Firma del paciente _____