



**HISTORIA MEDICA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**QUEJA PRINCIPAL**

En sus propias palabras, por que vino aver a el doctor ahora.:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por Quanto Tiempo Ha Tenido este problema? \_\_\_\_\_

Ha tenido de radiografia, analisis de sangre o de orin? \_\_\_\_\_

En que oficina o laboratorio se hizo estos analisis or radiografias? \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA Y SOCIAL PASADA:**

Fumas? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No      Quantos paquetes? \_\_\_\_\_ Quantos años? \_\_\_\_\_

Alguna ves a fumar? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No      Quantos paquetes? \_\_\_\_\_ Quantos años? \_\_\_\_\_

Alguna ves dejo de fumar? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No      Por quanto? \_\_\_\_\_

Estatus Matrimonial? \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_ Divorciado

Familia? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No      Quantos? \_\_\_\_\_

Bebe Alcohol? \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_ Raramente \_\_\_\_\_ Mod \_\_\_\_\_ Pesado

Ocupacion? \_\_\_\_\_

**ALERGIAS A MEDICINAS Y REACCIONES:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MEDICINAS QUE ESTA' TOMANDO EN BASIS REGULAR:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALQUIEN EN SU FAMILIA IMEDIATA TIENE? (FAVOR DE CIRCULAR)**

- |                    |                            |                          |
|--------------------|----------------------------|--------------------------|
| Diabetis           | Cancer de La vejiga        | Tuberculosis             |
| Presion de sangre  | Cancer de La prostata      | Enfermedad de La corazon |
| Piedras De Riñones | Cancer de el colon o recto | Otro: _____              |

**LISTE Y PONGA FECHA DE TODOS CIRUGIAS QUE HABIERA TENIDO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

COMO PARTE DE EL PROBLEMA QUE TIENE AHORA:

	SI	NO
<b>SYMPTOMES CONSTITUCIONDE</b>		
FIEBRE/ESCALOFRIO/SUDORES		
CONSADO		
DOLOR CABEZA		

	SI	NO
CAMBIOS EN PEZO		
CAMBIO EN APETITO		
OTRO		

TIENE AHORA O HA TENIDO EN EL PASADO:

	SI	NO
<b>ALERGIAL IMUNOLOGIA</b>		
ALERGIA A PULON		
ALERGIA A DROGAS		
OTRO		
<b>ENDOCRINE</b>		
PROBLEMAS CON THYROIDE		
DIABETIS		
IMBALANCE DE HORMONA		
CONSADO/DESPACIO		
CALORES		
OTRO		

	SI	NO
<b>GASTROINTESTINAL</b>		
DOLOR ABDOMINAL		
NAUSEA/VOMITO		
INDIGESTION/AGRURA		
ESTRINIDO		
DIARREA		
OTRO		
<b>RESPIRATORIO</b>		
RUIDO AL RESOYAR		
TOS FREQUENTE		
RESPIRACION CORTA		
OTRO		

HA RECIBIDO TRATAMIENTO PARA

	SI	NO
<b>INIEGUMENTARY</b>		
SALPULLIDO DE PIEL		
GRANOS		
COMEZION PERSISTENTE		
OTRO		
<b>MUSCULOSKELETAL</b>		
DOLOR DE COYONTURAS		
DOLOR DE CUELLO		
DOLOR DE ESPALDA		
OTRO		
<b>OJOS</b>		
VISTA BORROSA		
VISTA DOBLE		
DOLOR DE OJOS		
OTRO		
<b>OIDOS/NARIZ/GARGANTA</b>		
INFECCION DE OIDOS		
DOLOR DE GARGANTA		
PROBLEMAS CON SENO		
SANGRAR DE LA NARIZ		
OTRO		
<b>GENITOURINARIO</b>		
RETENCION DE ORIN		
RETENCION CON DOLOR		
ORINACION FREQUENTE		
SANGRE EN EL ORIN		
OTRO		

	SI	NO
<b>HEMATOLOGIO/LINFATICO</b>		
GLANDULAS HINCHADAS		
PROBLEMAS CON COAGULOS DE SANGRE		
OTRO		
<b>CARDIOVASCULAR</b>		
DOLOR DE PECHO		
ATAQUE DE CORAZON		
VENAS VARICOSAS		
ALTA PRESCION DE SANGRE		
FATIGUA		
LATIDO DE CORAZON IRREGULAR		
CORTO DE RESPIRACION		
OTRO		
<b>NEUROLOGICO</b>		
TREMORES		
MAREOS		
ADORMECIDO/ORMIGUEO		
CONVULSIONES		
STROKES		
DESMAYOS		
OTRO		
<b>PSYCHOLOGICO</b>		
DEPRESION		
ANSIA		
ENFERMEDAD MENTAL		
OTRO		

NO HAY COMBIE DESLE LA ULTIMA VISITA DE \_\_\_\_\_

REVIEWED BY: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_