

Formulario de historial médico del Instituto DOH

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

CARDIOVASCULAR:	FECHA DE INICIO	ENDOCRINO:	FECHA DE INICIO:
Alta presión Enfermedad cardíaca Ataque de corazón Colesterol alto Coágulos de sangre Marcapasos/desfibrilador Otro _____	_____ _____ _____ _____ _____	Diabetes tipo 2 Diabetes tipo 1 ¿Toma insulina? SI NO Nombre _____ Prediabetes Enfermedad de la tiroides Otro _____	_____ _____ _____ _____ _____
RESPIRATORIO:	FECHA DE INICIO	GASTROINTESTINAL:	FECHA DE INICIO:
Asma EPOC (enfermedad pulmonar) Covid-19 Dificultad para respirar Apnea del sueño Otro _____	_____ _____ _____ _____ _____	Gastritis/agruras Úlcera estomacal Hernia de hiato Hígado graso/EHGNA Enzimas hepáticas elevadas Hepatitis A B C Cirrosis Otro _____	_____ _____ _____ _____ _____
GENITOURINARIO:	FECHA DE INICIO	NEUROLÓGICO:	FECHA DE INICIO:
Nefropatía Piedras en el riñón Otro _____	_____ _____ _____	Derrame cerebral/embolia Ataque isquémico transitorio Migrañas Dolor de cabeza Otro _____	_____ _____ _____ _____
MISC:	FECHA DE INICIO:	ÚLTIMOS EXÁMENES DE:	
Cáncer (tipo) _____ Depresión Ansiedad Artritis (tipo) _____ Otro _____ Otro _____	_____ _____ _____ _____ _____	LOS OJOS _____ CÁNCER DE COLON _____ DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA _____ PIE DIABÉTICO _____	
PRÁCTICAS DE PÉRDIDA DE PESO:	<i>Cirugía bariátrica:</i> SI NO Tipo _____ Fecha _____ Libras perdidos _____	Diets anteriores: Weight Watchers Bajo en carbohidratos/keto/Atkins Ayuno intermitente Conteo de calorías/control de porciones Otro: _____ Ejercicio actual: SI NO Tipo _____ Cuantas veces a la semana: _____ Limitaciones _____ El peso anterior más pesado _____ ¿Cuánto tiempo hace que tiene sobrepeso? _____ años	

Incluye fecha aproximada de diagnóstico

HISTORIA SOCIAL:

Círculo: Casada Divorciada Viuda
 Alcohol: Nunca Social Frecuente
 Tipo: Licor Cerveza
 Bebidas por semana: _____
 Consumo de drogas ilícitas: **SI NO**
 Tipo: _____
Fumador: SI NO EX
Fecha de salida: _____
 Tipo: Electrónico Cigarrillos Cigarros
 Paquetes por día _____
 Ocupación _____

HISTORIA MEDICA

FAMILIAR:

MADRE _____

 PADRE _____

 HERMANO/HERMANA _____

 NIÑOS _____

PROVEEDORES MÉDICOS:

PRIMARIO: _____

 CORAZÓN: _____

 DIABETES/TIROIDES: _____

 RIÑÓN: _____

 HÍGADO/GASTRO: _____

Hospitalizaciones/cirugías previas (incluya fechas

aproximadas): _____

Firma del Paciente/Representante _____ Fecha _____ Firma del proveedor clínico _____ Fecha _____
 Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

ALERGIAS: <i>Ver lista adjunta</i>	ALIMENTOS _____ _____	MEDICAMENTOS: _____ _____
NOMBRE DEL MEDICAMENTO/SUPLEMENTO: <i>Ver lista adjunta</i>	DOSIS	FRECUENCIA

REVISIÓN DE SISTEMAS	POR FAVOR, MARQUE CON UN CÍRCULO TODOS LOS RESULTADOS POSITIVOS ACTUALES.
Cardiovascular	Dolor del pecho Soplo Palpitaciones Mala circulación Hinchazón en las piernas o los pies
Gastrointestinal	Excremento con sangre Estreñimiento Diarrea Acidez estomacal frecuente Náuseas Vómitos
Constitucional	Escalofríos Fiebre Fatiga Insomnio Falta de apetito Aumento de peso Pérdida de peso
Oídos, nariz, garganta	Pérdida de audición Ronquera Hemorragias nasales Problemas de sinusitis Dolor de garganta
Ojos	Vista borrosa Dolor ocular Disminución de la visión Ojos secos Visión doble
Musculoesquelético	Dolor de espalda Calambres en las piernas Dolor en las articulaciones Hinchazón de las articulaciones Dolores musculares Debilidad muscular
Neurológico	Mareos/Vértigo Pérdida del equilibrio Entumecimiento Migrañas Convulsiones Temblores
Psiquiátrico	Ansiedad Dependencia del alcohol o las drogas Depresión Uso de antidepresivos Ataques de pánico Ideación suicida
Respiratorio	Tos crónica Tos con sangre Dificultad para respirar Antecedentes de tuberculosis
Piel	Urticaria Pérdida de cabello Rasquera Cambios en las uñas Cambios en los lunares Llagas o úlceras en la piel Salpullido

DETECCIÓN DE ADICCIÓN A LA COMIDA: <i>marque con un círculo todo lo que corresponda. DATE 1 PUNTO POR CADA RESPUESTA ENCERRADA EN UN CÍRCULO.</i>				
He reducido el consumo de carbohidratos y azúcar en el pasado.	A veces como aunque no tenga hambre.	Me encuentro buscando alimentos dulces o con almidón.	Me siento culpable por comer carbohidratos/azúcar.	Una comida de solo carne y verduras me deja sintiéndome insatisfecho.
Después de una comida abundante, me siento lento, cansado y nublado.	Siento que necesito pan con el almuerzo y la cena.	Siento que necesito comenzar mi día comiendo carbohidratos / azúcar.	Siento que no puedo vivir sin mi comida favorita alta en carbohidratos.	Experimenté síntomas de abstinencia (dolor de cabeza, cambios de humor, problemas para dormir) cuando limito los carbohidratos / azúcar.
NÚMERO TOTAL DE PUNTOS:	0-2 No depende de los hidratos de carbono	3-4 Tengo una leve adicción a los carbohidratos	5-7 Tengo una adicción moderada a los carbohidratos	8-10 Tengo una adicción severa a los carbohidratos.

Que yo sepa, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligrosa para mi salud. Es mi responsabilidad informar a mi proveedor médico de cualquier cambio en mi estado médico. También autorizo al personal sanitario a realizar los servicios necesarios que pueda necesitar.

Firma del Paciente/Representante

Fecha

Firma del proveedor clínico

Fecha