

HISTORIA DE SALUD

(Confidencial)

Nombre _____ Fecha de Hoy _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha del último examen físico _____

¿A qué se debe su visita médica? _____

SÍNTOMAS Marque con un tilde (✓) los síntomas que Ud. tiene actualmente, o que ha tenido en el pasado año.			
<p>GENERAL</p> <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Falta de Memoria <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida de sueño <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Sudores <p>MÚSCULO/ARTICULACIÓN/HUESO Dolor, debilidad, entumecimiento en:</p> <input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Caderas <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Manos <input type="checkbox"/> Hombros <p>GENITOURINARIO</p> <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Micción (orinar) frecuente <input type="checkbox"/> Falta de control de la vejiga <input type="checkbox"/> Micción dolorosa	<p>GASTROINTESTINAL</p> <input type="checkbox"/> Mal apetito <input type="checkbox"/> Hinchado <input type="checkbox"/> Cambios al defecar <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Excesivo hambre <input type="checkbox"/> Excesiva sed <input type="checkbox"/> Gases <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Indigestión <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Sangrar por el recto <input type="checkbox"/> Dolor de estómago <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Vómito de sangre <p>CARDIOVASCULAR</p> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta <input type="checkbox"/> Latidos irregulares del corazón <input type="checkbox"/> Presión sanguínea baja <input type="checkbox"/> Mala circulación <input type="checkbox"/> Latidos acelerados del corazón <input type="checkbox"/> Hinchazón de los tobillos <input type="checkbox"/> Venas varicosas	<p>OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA</p> <input type="checkbox"/> Sangrar de las encías <input type="checkbox"/> Vista nublada <input type="checkbox"/> Estrabismo/Bizquera <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Dolor de oídos <input type="checkbox"/> Supuración por los oídos <input type="checkbox"/> Fiebre del heno <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales <input type="checkbox"/> Tos persistente <input type="checkbox"/> Zumbido de los oídos <input type="checkbox"/> Problemas de la sinus <input type="checkbox"/> Visión – Fulguración <input type="checkbox"/> Visión – Círculos de luz <p>PIEL</p> <input type="checkbox"/> Se pone morada fácilmente <input type="checkbox"/> Ronchas <input type="checkbox"/> Picazón <input type="checkbox"/> Cambios en verrugas <input type="checkbox"/> Salpullidos <input type="checkbox"/> Cicatrices <input type="checkbox"/> Llaga que no cicatriza	<p>para los HOMBRES solamente</p> <input type="checkbox"/> Bulto en el pecho <input type="checkbox"/> Dificultad en la erección <input type="checkbox"/> Bulto en los testículos <input type="checkbox"/> Supuración por el pene <input type="checkbox"/> Llagas en el pene <input type="checkbox"/> Otros <p>para las MUJERES solamente</p> <input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou anormal <input type="checkbox"/> Sangrado entre períodos <input type="checkbox"/> Bulto en el seno <input type="checkbox"/> Dolor menstrual muy fuerte <input type="checkbox"/> Fogaje ("Hot Flashes") <input type="checkbox"/> Supuración por los pezones <input type="checkbox"/> Coito doloroso <input type="checkbox"/> Supuración por la vagina <input type="checkbox"/> Otros <p>Fecha de la última menstruación _____</p> <p>Fecha de la última Prueba de Papanicolaou _____</p> <p>¿Ha tenido Ud. un mamograma? _____</p> <p>¿Está Ud. embarazada? _____</p> <p>¿Cuántos hijos tiene? _____</p>

CONDICIONES Marque con un tilde (✓) las condiciones que Ud. tiene o que ha tenido en el pasado.			
<input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Apendicitis <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Trastornos de Desangramiento <input type="checkbox"/> Bulto en los Senos <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Bulimia <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Drogaadicción <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Bocio <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Cardiopatías <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> HIV Positivo <input type="checkbox"/> Enfermedades del Riñón <input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Problemas de la Próstata <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiátrico <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio <input type="checkbox"/> Problemas de la Glándula Tiroides <input type="checkbox"/> Amigdalitis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Fiebre Tifoidea <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Infecciones Vaginales <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas

MEDICAMENTOS Liste los medicamentos que Ud. toma actualmente	ALERGIAS A medicamentos o sustancias
Nombre de la Farmacia _____ Teléfono _____	

(Toda la información es estrictamente confidencial)

HISTORIA FAMILIAR Complete la información de salud sobre su familia.						
Relación	Edad	Estado de Salud	Edad a la Muerte	Causa de la Muerte	Marque con un tilde (✓) si sus familiares consanguíneos han tenido algunas de las siguientes enfermedades:	
					Enfermedad	Parentesco con Ud.
Padre					Artritis, Gota	
Madre					Asma, Fiebre del Heno	
Hermanos					Cáncer	
					Drogaadicción	
					Diabetes	
					Cardiopatías, Embolia Cerebral	
Hermanas					Presión Sanguínea Alta	
					Enfermedad del Riñón	
					Tuberculosis	
					Otras	

HOSPITALIZACIONES			HISTORIA SOBRE EMBARAZOS		
Año	Hospital	Motivo de la Hospitalización y Resultado	Año de Nacimiento	Sexo del Nacimiento	Complicaciones, si las hubo

HÁBITOS DE SALUD Marque con un tilde (✓) las sustancias Ud. usa, y describa cuánto.

<input type="checkbox"/>	Cafeína	
<input type="checkbox"/>	Tabaco	
<input type="checkbox"/>	Drogas	
<input type="checkbox"/>	Otras	

¿Ha tenido Ud. alguna vez una transfusión de sangre? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, dar fechas aproximadas. _____

ENFERMEDADES/LESIONES SERIAS	FECHA	RESULTADO

INQUIETUDES RELACIONADOS CON EL TRABAJO
Marque con un tilde (✓) si su trabajo lo expone Ud. a alguna de las siguientes condiciones:

<input type="checkbox"/>	Estrés
<input type="checkbox"/>	Sustancias Peligrosas
<input type="checkbox"/>	Levantamiento de Objetos Pesados
<input type="checkbox"/>	Otras

Su ocupación: _____

Certifico que la información incluida arriba es correcta, a mi leal saber y entender. Yo no haré responsable ni a mi doctor ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Firma

Fecha

Revisado Por

Fecha