

# Historial Médico

Paciente nuevo

Fecha de hoy \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
MR# \_\_\_\_\_

Gracias por elegir nuestra clínica.

**Favor de llenar TODAS las secciones**

Médico de atención primaria (PCP) \_\_\_\_\_ Teléfono del Médico \_\_\_\_\_

Farmacia preferida \_\_\_\_\_ Teléfono de la farmacia \_\_\_\_\_

¿Quién lo refirió a nosotros? \_\_\_\_\_

**1. Problema principal:** Describa la razón por su visita hoy.

**2. Historial médico pasado:** ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas? : *(marque todos los que apliquen)*

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Osteoporosis/Osteopenia                   | <input type="checkbox"/> Cáncer                   |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular / Miniaccidente | <input type="checkbox"/> Calcos renales           |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto       | <input type="checkbox"/> Asma                                      | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco       | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar                       | <input type="checkbox"/> Otro _____               |

**3. Cirugías anteriores:** *Enumere todas sus cirugías anteriores*

Cirugía \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
Cirugía \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
Cirugía \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**4. Embarazos**

- ¿Está embarazada?  No  Sí Fecha de parto: \_\_\_\_\_ Su último período menstrual: \_\_\_\_\_  
¿Embarazos?  No  Sí ¿Cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_  
¿Está amamantando?  No  Sí

**5. Hospitalizaciones anteriores:** *Enumere sus hospitalizaciones anteriores*

Año \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_  
Año \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_  
Año \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_

**6. Medicamentos:** *Enumere todos los medicamentos y suplementos que toma o usa*

| Medicamento | Dosis | Veces por día | ¿Necesita renovarlo? (S/N)? |
|-------------|-------|---------------|-----------------------------|
|             |       |               |                             |
|             |       |               |                             |
|             |       |               |                             |
|             |       |               |                             |
|             |       |               |                             |

**7. Alergias:** *Enumere los medicamentos a los cuales tiene una alergia y describa la reacción que tiene.*

**8. Historial familiar:** *¿Cuáles enfermedades son comunes en nuestra familia? Favor de marcar todas las que aplican e indicar el familiar afectado (p.ej. madre, padres, hermanos, abuelos, tíos, etc)*

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Osteoporosis/Osteopenia                   | <input type="checkbox"/> Cáncer                   |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular / Miniaccidente | <input type="checkbox"/> Calcos renales           |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto       | <input type="checkbox"/> Asma                                      | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco       | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar                       | <input type="checkbox"/> Otro _____               |

**9. Historial social:**

- ¿Está casado?  No  Sí  
¿Tiene hijos?  No  Sí  
¿Fuma?  Actualmente  Anteriormente  A diario  Algunos días  Jamás  
¿En qué año comenzó?: \_\_\_\_\_ Dejó de fumar \_\_\_\_\_ Cajetillas/Día: \_\_\_\_\_  
¿Toma alcohol?  Jamás  Socialmente  A diario  Dejó de tomar  
Bebidas por día: \_\_\_\_\_ Por semana: \_\_\_\_\_  
¿Toma cafeína?  Raramente  A veces  Frecuentemente  A diario  
¿Usa drogas?  No  Sí  Anteriormente Tipo:  Marihuana  Cocaína  Heroína  Otro  
¿Hace ejercicio?  Jamás  Algunos días  La mayoría de los días  A diario

## Repaso inicial de síntomas

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

MR# \_\_\_\_\_

### Generales

- Disminución del apetito
- Aumento del apetito
- Sudoración excesiva
- Cansancio
- Aumento de peso
- Adelgazamiento
- Fiebre
- Escalofríos

### Ojos

- Ojos saltones
- Ojos irritados
- Dolor en los ojos
- Visión borrosa
- Visión doble
- Pérdida de Visión – 1 ojo
- Pérdida de Visión – Ambos ojos
- Pérdida de visión periférica
- Llorosos
- Ardor
- Rojizos
- Cambios de visión

### Otorrinolaringología

- Disminución de audición
- Dificultad para tragar
- Epistaxis (hemorragia nasal)
- Ronquera
- Congestión nasal
- Masas en el cuello
- Dolor de garganta
- Tinnitus (zumbido)
- Dolor de cabeza
- Cambios de la voz
- Dificultad para masticar

### Cardiovascular

- Decoloración azulada de los labios o las uñas
- Dolor/molestia del pecho
- Dificultad para respirar de noche
- Dificultad para respirar acostado
- Desmayo
- Calambres en las piernas con el esfuerzo
- Sensación de mareo
- Palpitaciones
- Latidos acelerados/irregulares
- Falta de aire con el esfuerzo
- Hinchazón de manos/pies
- Úlceras en las piernas/pies
- Historial de insuficiencia cardíaca

### Alergias

- Urticaria o erupción
- Infecciones persistentes
- Alergias estacionales

### Respiratorios

- Tos
- Tos con sangre
- Falta de respiración
- Ronquido excesivo
- Problemas del sueño debido a la respiración
- Sibilancia
- Historial de asma
- Historial de tuberculosis
- Historial de resfriados frecuentes

### Gastrointestinal

- Dolor abdominal
- Distensión abdominal
- Reflujo ácido/Indigestión (acidez estomacal)
- Estreñimiento
- Diarrea
- Gases
- Nausea
- Color amarillo de la piel
- Vómitos
- Dificultad para tragar
- Incontinencia de heces
- Heces con sangre o negras
- Dolor abdominal

### Gastrourinario

- Disminución de la libido
- Dificultad para lograr o mantener erección
- Dificultad para comenzar a orinar
- Dolor o ardor al orinar
- Sangre en la orina
- Micción frecuente
- Micción de noche
- Incontinencia de orina
- Flujo genital
- Periodos Menstruales abundantes
- Historial de calcos renales
- Historial de hernias
- Edad del primer periodo menstrual \_\_\_\_\_
- Edad de la menopausia \_\_\_\_\_

### Musculo-esquelético

- Artritis
- Dolor de espalda
- Dolor en las articulaciones
- Inflamación de las articulaciones
- Pérdida de fuerza
- Dolores musculares
- Calambres musculares
- Aumento de masa muscular
- Debilidad muscular
- Rigidez
- Dolor en los huesos
- ¿Fracturas anteriores?
- De ser así, ¿dónde y cuándo?

### Piel (Derm)

- Cambio en color de la piel
- Sequedad
- Oscurecimiento de la cicatriz
- Rubor
- Sudores nocturnos
- Estrías púrpuras o rosadas
- Mala cicatrización de heridas
- Erupción
- Distribución inusual del pelo
- Acné
- Pérdida de cabello
- Comezón
- Fácil de magullar o sangrar

### Neurológico

- Ardor/dolor eléctrico
- Dificultada para concentrarse
- Coordinación perturbada
- Caídas
- Desmayos
- Dolores de cabeza
- Entumecimiento
- Mal equilibrio
- Convulsiones
- Sensación de dar vueltas
- Hormigueo
- Temblores
- Debilidad
- Pérdida de memoria
- Insomnia

### Psicológico

- Ansiedad
- Depresión
- Visiones o sonidos espantosos
- Problemas mentales
- Pensamientos suicidas
- Pensamientos de violencia
- Cambios de estado de ánimo
- Incapacidad de disfrutar de actividades favoritas

### Endocrino

- Hambre excesiva
- Sed excesiva
- Micción excesiva
- Intolerancia al frío
- Intolerancia al calor

### Hematología

- Moretones anormales
- Sangrado
- Ganglios linfáticos inflamados
- Decoloración de la piel
- Exposición al VIH

---