

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

<p><input type="checkbox"/> SIDA</p> <p><input type="checkbox"/> Alcoholismo</p> <p><input type="checkbox"/> Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> Anorexia</p> <p><input type="checkbox"/> Apendicitis</p> <p><input type="checkbox"/> Artritis</p> <p><input type="checkbox"/> Asma</p> <p><input type="checkbox"/> Trastornos de Desangramiento</p> <p><input type="checkbox"/> Bulto en los Senos</p> <p><input type="checkbox"/> Bronquitis</p> <p><input type="checkbox"/> Bulimia</p> <p><input type="checkbox"/> Cáncer</p> <p><input type="checkbox"/> Cataratas</p>	<p><input type="checkbox"/> Drogaadicción</p> <p><input type="checkbox"/> Varicela</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Enfisema</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsia</p> <p><input type="checkbox"/> Glaucoma</p> <p><input type="checkbox"/> Bocio</p> <p><input type="checkbox"/> Gonorrea</p> <p><input type="checkbox"/> Gota</p> <p><input type="checkbox"/> Cardiopatías</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis</p> <p><input type="checkbox"/> Hernia</p> <p><input type="checkbox"/> Herpes</p>	<p><input type="checkbox"/> Colesterol Alto</p> <p><input type="checkbox"/> HIV Positivo</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedades del Riñón</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado</p> <p><input type="checkbox"/> Sarampión</p> <p><input type="checkbox"/> Migrañas</p> <p><input type="checkbox"/> Aborto</p> <p><input type="checkbox"/> Mononucleosis</p> <p><input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple</p> <p><input type="checkbox"/> Paperas</p> <p><input type="checkbox"/> Marcapasos</p> <p><input type="checkbox"/> Neumonía</p> <p><input type="checkbox"/> Polio</p>	<p><input type="checkbox"/> Problemas de la Próstata</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiátrico</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre Reumática</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata</p> <p><input type="checkbox"/> Embolia Cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> Intento de Suicidio</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de la Glándula Tiroides</p> <p><input type="checkbox"/> Amigdalitis</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberculosis</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre Tifoidea</p> <p><input type="checkbox"/> Úlceras</p> <p><input type="checkbox"/> Infecciones Vaginales</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas</p>
--	--	---	--

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

Año	Hospital	Motivo de la Hospitalización y Resultado

HISTORIA SOBRE EMBARAZOS

Año de Nacimiento	Sexo del Nacimiento	Complicaciones, si las hubo

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

	Cafeína	
	Tabaco	
	Drogas	
	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**

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:

	Estrés
	Sustancias Peligrosas
	Levantamiento de Objetos Pesados
	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

HEALTH HISTORY

Confidential

Patient Name _____ Today's Date _____

Age _____ Birthdate _____ Date of last physical examination _____

What is your reason for visit? _____

SYMPTOMS Check (✓) symptoms you currently have or have had in the past year.

<p>GENERAL</p> <p><input type="checkbox"/> Chills <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Dizziness <input type="checkbox"/> Fainting <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Forgetfulness <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Loss of sleep <input type="checkbox"/> Loss of weight <input type="checkbox"/> Nervousness <input type="checkbox"/> Numbness <input type="checkbox"/> Sweats</p> <p>MUSCLE/JOINT/BONE Pain, weakness, numbness in: <input type="checkbox"/> Arms <input type="checkbox"/> Hips <input type="checkbox"/> Back <input type="checkbox"/> Legs <input type="checkbox"/> Feet <input type="checkbox"/> Neck <input type="checkbox"/> Hands <input type="checkbox"/> Shoulders</p> <p>GENITO-URINARY</p> <p><input type="checkbox"/> Blood in urine <input type="checkbox"/> Frequent urination <input type="checkbox"/> Lack of bladder control <input type="checkbox"/> Painful urination</p>	<p>GASTROINTESTINAL</p> <p><input type="checkbox"/> Appetite poor <input type="checkbox"/> Bloating <input type="checkbox"/> Bowel changes <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Excessive hunger <input type="checkbox"/> Excessive thirst <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Hemorrhoids <input type="checkbox"/> Indigestion <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Rectal bleeding <input type="checkbox"/> Stomach pain <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Vomiting blood</p> <p>CARDIOVASCULAR</p> <p><input type="checkbox"/> Chest pain <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Irregular heart beat <input type="checkbox"/> Low blood pressure <input type="checkbox"/> Poor circulation <input type="checkbox"/> Rapid heart beat <input type="checkbox"/> Swelling of ankles <input type="checkbox"/> Varicose veins</p>	<p>EYE, EAR, NOSE, THROAT</p> <p><input type="checkbox"/> Bleeding gums <input type="checkbox"/> Blurred vision <input type="checkbox"/> Crossed eyes <input type="checkbox"/> Difficulty swallowing <input type="checkbox"/> Double vision <input type="checkbox"/> Earache <input type="checkbox"/> Ear discharge <input type="checkbox"/> Hay fever <input type="checkbox"/> Hoarseness <input type="checkbox"/> Loss of hearing <input type="checkbox"/> Nosebleeds <input type="checkbox"/> Persistent cough <input type="checkbox"/> Ringing in ears <input type="checkbox"/> Sinus problems <input type="checkbox"/> Vision – Flashes <input type="checkbox"/> Vision – Halos</p> <p>SKIN</p> <p><input type="checkbox"/> Bruise easily <input type="checkbox"/> Hives <input type="checkbox"/> Itching <input type="checkbox"/> Change in moles <input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Scars <input type="checkbox"/> Sore that won't heal</p>	<p>MEN only</p> <p><input type="checkbox"/> Breast lump <input type="checkbox"/> Erection difficulties <input type="checkbox"/> Lump in testicles <input type="checkbox"/> Penis discharge <input type="checkbox"/> Sore on penis <input type="checkbox"/> Other</p> <p>WOMEN only</p> <p><input type="checkbox"/> Abnormal Pap Smear <input type="checkbox"/> Bleeding between periods <input type="checkbox"/> Breast lump <input type="checkbox"/> Extreme menstrual pain <input type="checkbox"/> Hot flashes <input type="checkbox"/> Nipple discharge <input type="checkbox"/> Painful intercourse <input type="checkbox"/> Vaginal discharge <input type="checkbox"/> Other</p> <p>Date of last menstrual period _____ Date of last Pap Smear _____ Have you had a mammogram? _____ Are you pregnant? _____ Number of children _____</p>
---	---	---	--

CONDITIONS Check (✓) conditions you have or have had in the past.

<p><input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoholism <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Appendicitis <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Bleeding Disorders <input type="checkbox"/> Breast Lump <input type="checkbox"/> Bronchitis <input type="checkbox"/> Bulimia <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Cataracts</p>	<p><input type="checkbox"/> Chemical Dependency <input type="checkbox"/> Chicken Pox <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Emphysema <input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Goiter <input type="checkbox"/> Gonorrhea <input type="checkbox"/> Gout <input type="checkbox"/> Heart Disease <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Herpes</p>	<p><input type="checkbox"/> High Cholesterol <input type="checkbox"/> HIV Positive <input type="checkbox"/> Kidney Disease <input type="checkbox"/> Liver Disease <input type="checkbox"/> Measles <input type="checkbox"/> Migraine Headaches <input type="checkbox"/> Miscarriage <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Pacemaker <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Polio</p>	<p><input type="checkbox"/> Prostate Problem <input type="checkbox"/> Psychiatric Care <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever <input type="checkbox"/> Scarlet Fever <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Suicide Attempt <input type="checkbox"/> Thyroid Problems <input type="checkbox"/> Tonsillitis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Typhoid Fever <input type="checkbox"/> Ulcers <input type="checkbox"/> Vaginal Infections <input type="checkbox"/> Venereal Disease</p>
--	--	--	---

MEDICATIONS List medications you are currently taking.	ALLERGIES To medications or substances
Pharmacy Name _____	Phone _____