

Historia Medica del Paciente – Nuevo Paciente

Nombre del Paciente:		Fecha:	
Genero	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento (mes/dia/año):	
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
Con Quien Vive:	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con familia <input type="checkbox"/> Con amigos <input type="checkbox"/> Union libre		
Trabajo:	<input type="checkbox"/> Trabajas <input type="checkbox"/> No trabajas <input type="checkbox"/> Retirado		

Historia Medica Personal								
Constitucional	No	Si, Ahora	Si, Pasado	Ojo(s)	No	Si, Ahora	Si, Pasado	
Problemas al dormir				Cataratas				
Fatigado ó debilidad				Glaucoma				
Olvidos momentarios				Oidos, Nariz, ó Garganta				
Perdido ó subido de peso				Infecciones del oido				
Dependencia a alcohol ó droga				Problemas seno nasales				
Sistema Respiratorio				Sordidez,, mareos ó subido				
Tuberculosis ó prueba positiva a ella				Cardiovascular				
Falta de respiración				Electrocardiograma anormal				
Bronquitis ó eficima				Ataque cardiaco				
Asma				Prolapso de la válvula mitral				
Tos (persistente ó con sangrado)				Soplo en el corazón				
Neurologico				Presión alta				
Dolor de cabeza frecuente				Alto colesterol				
Epilepsia ó convulsiones				Dolor en el pecho				
Trauma craneal				Problemas de circulación				
Gastrointestinal				Flebitis ó coagulos de sangre				
Piedras en la vesicula				Derrame cerebral				
Problemas intestinal ó de evacuación				Fiebre Reumatica				
Problemas estomacales ó ulceras				Genitourinario				
Enfermedad del higado				Problemas en los riñones ó vejiga				
Ictericia				Musculoskeletal				
Hemerroides ó prblemas rectales				Artritis ó dolor en articulaciones				
Hepatitis				Hernia				
Piel				Huesos rotos				
Psoriasis ó Eczema				Gota				
Sistema Inmunologico				Psicologia				
VIH/ SIDA				Depresión ó tristeza				
Hematological/ Alergia				Ansiedad				
Cancer				Tratamiento psiquitrico				
Anemia				Endocrino				
Sangrado ó moretones				Diabetes				
Fiebre de estación				Enfermedad de tiroides				

Habitos		Si, ¿cuánto?	Medicamentos
Usted...			Lista de medicamentos, incluyendo sin prescripción medica:
Fuma?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		1.
Usa tabaco?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		2.
Toma cafeina?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		3.
Toma alcohol?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		4.
Usa drogas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		5.
Hace ejercicio?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		6.

Por favor voltee la hoja y acomplete el otro lado

Vacunas		Alergias	
¿Tubo apropiadamente todas sus vacunas? ¿Dentro de su edad?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Lista de alergias (incluyendo medicamentos, comida, lates, etc.)
Neumonía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha:	
Tetanos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha:	
Gripe	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha:	

Hospitalización (no incluye embarazos)	
Razón:	año:

Hombre	Mujer
¿Dolor ó bolitas en los testiculos(s)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuando fue su último papanicolao? <input type="checkbox"/> Anormal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Problemas ó enfermedad en la prostata? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuando fue su último mamograma? <input type="checkbox"/> Anormal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Problemas al comenzar ó terminar el flujo de orina? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿A que edad comenzo su menstruación? <input type="checkbox"/> Problemas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Problemas en su actividad sexual? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Problemas en su actividad sexual? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Se despierta a media noche para orinar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Quistes en los ovarios? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Practica sexo seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Usted se siente seguro en su hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted ha tenido enfermedades venereas ó de trasmision sexual? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Usted ha tenido enfermedades venereas ó de trasmision sexual? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted tiene un testamento hecho en vida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Método anticonceptivo: _____
¿Usted se siente seguro en su hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Embarazos: # _____ Partos: # _____

Historia Familiar					
Enfermedad		Relación	Enfermedad		Relación
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Enfermedades oculares	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Artritis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Presión alta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Cancer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Enfermedades Mentales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Migrañas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

La información del historial clínico de éste paciente; esta apegado al mejor conocimiento adquirido.

Firma del paciente ó tutor: _____ Fecha: _____