

HISTORIA MEDICA Y EXAMEN FISICO

MRN # _____

NOMBRE:	ESTADO CIVIL: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D ☐ SEP.	FECHA:
FECHA DE NACIMIENTO:	TEL (CASA):	TEL (TRABAJO):
OCUPACION/EMPLEADOR	Nº del Seg. Soc.:	Nº del SEGURO:

HISTORIA MEDICA FAMILIAR

SI ALGUN PARIENTE SANGUINEO HA TENIDO CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES, PONGA UN CIRCULO ALREDEDOR DEL NUMERO E INDIQUE QUE PARIENTE.

- 1) ALCOHOLISMO
2) ANEMIA
3) ASMA
4) ARTRITIS
5) SANGRA FACILMENTE
- 6) CANCER
7) DIABETES
8) EPILEPSIA
9) GLAUCOMA
10) ASMA DEL HENO
- 11) ENFERMEDAD CARDIACA
12) HIPERTENSION
13) ENFERMEDAD RENAL
14) ENFERMEDAD MENTAL
15) MIGRAÑA
- 16) OSTEOPOROSIS
17) APOPLEJIA
18) TIROIDES
19)
20)

INTERNACIONES EN HOSPITALES

(sin incluir embarazos)

AÑO	ENFERMEDAD U OPERACION		ALERGIAS
		Pasado:	
		Presente:	

ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA AHORA: (incluso los que se venden sin receta médica)

1) _____	7) _____	VACUNA (Fecha de la última)	PRUEBA / EXAMEN (Fecha del último)
2) _____	8) _____	Tétano / Difteria	Colesterol
3) _____	9) _____	Influenza	Dental
4) _____	10) _____	Neumocócica	Vista
5) _____	11) _____	Hepatitis	Oído
6) _____	12) _____		Rectal / Excremento
			Sigmoidoscopia
			Prueba cutánea de tuberculosis

HISTORIA MEDICA

Marque con una palomita (☐) e indique la edad en la que tuvo cualquiera de los siguientes síntomas o enfermedades. MARQUE con una equis (X) los problemas actuales.

PROBLEMAS PRINCIPALES	1) _____	2) _____	3) _____	
☐ Oído disminuido ☐ Zumbido en el oído ☐ Infecciones de oído - <i>frecuentes</i> ☐ Mareos ☐ Falla de la vista ☐ Dolor del ojo ☐ Visión doble o borrosa ☐ Infecciones del ojo - <i>frecuentes</i> ☐ Sangrado de la nariz - <i>recurrentes</i> ☐ Problema del seno ☐ Dolores de garganta - <i>frecuentes</i> ☐ Asma del heno / Alergias ☐ Ronquera - <i>prolongada</i> ☐ Neumonía / Pleuresía ☐ Bronquitis / Tos crónica ☐ Asma / Jadeo Falta de aliento: ☐ Haciendo esfuerzo ☐ Estando acostado ☐ Dolor del pecho ☐ Presión sanguínea alta ☐ Soplo cardíaco ☐ Pulso irregular ☐ Palpitaciones ☐ Tobillos hinchados ☐ Desmayos ☐ Dolor de pierna - <i>caminando</i> ☐ Venas varicosas / Flebitis ☐ Pérdida del apetito - <i>reciente</i> ☐ Dificultad para tragar	☐ Indigestión o acidez estomacal ☐ Úlceras pépticas ☐ Dolor abdominal - <i>crónico</i> ☐ Problema de vesícula biliar ☐ Ictericia / Hepatitis ☐ Cambio de hábitos de evacuación intestinal ☐ Diarrea ☐ Estreñimiento ☐ Diverticulosis ☐ Enfermedad de Crohn / Colitis ☐ Excrementos sanguinolentos o alquitranados ☐ Hemorroides ☐ Hernia ☐ Infecciones urinarias - <i>frecuentes</i> ☐ Sangre en la orina ☐ Emisión de orina ☐ Durante la noche más de dos veces ☐ Dolorosa ☐ Pérdida del control ☐ Disminución de la Fuerza/Flujo ☐ Cálculos renales ☐ Enfermedad venérea ☐ Derrame uretral ☐ Fatiga crónica ☐ Pérdida de peso - <i>reciente</i> ☐ Anemia ☐ Se magulla fácilmente	☐ Cancer ☐ Diabetes ☐ Enfermedad de tiroides ☐ Convulsiones / Ataques epilépticos ☐ Apoplejía ☐ Temblor / Manos temblantes ☐ Debilidad muscular ☐ Adormecimiento / Sensaciones de hormigueo ☐ Dolores de cabeza - <i>frecuentes</i> ☐ Artritis / Reumatismo ☐ Dolor de Espalda - <i>recurrente</i> ☐ Fracturas óseas / Lesión de articulaciones ☐ Gota ☐ Osteoporosis ☐ Dolor de pie ☐ Pies fríos y adormecidos ☐ Sarpullido ☐ Ronchas ☐ Psoriasis ☐ Eczema ☐ Sueño - <i>dificultad</i> ☐ Nerviosismo ☐ Depresión ☐ Pérdida de la memoria ☐ Mal humor - <i>excesivo</i> ☐ Fobias	☐ Enfermedad mental ☐ Varicela ☐ Poliomiелitis ☐ Paperas ☐ Sarampión ☐ Rubéola ☐ Fiebre reumática ☐ Escarlatina ☐ Tuberculosis ☐ Herpes ☐ Contacto con sangre o fluidos corporales ☐ Alcohol _____ onzas por semana ☐ Fuma _____ cig. por día Número de años _____ ☐ Café / Té Nº de tazas por día _____ ☐ Directivas con adelanto	MUJERES - Favor de completar Flujo Menstrual: ☐ Reg. ☐ Irreg. ☐ Dolor / Cólico Días de flujo _____ Duraciones del ciclo _____ Fecha del último período _____ ☐ Dolor / Sangramiento durante o después del coito Número de: Embarazos _____ Abortos provocados _____ Abortos espontáneos _____ Nacimientos con vida _____ Método de control de la natalidad _____ Píldora de control de la natalidad (nombre) _____ ☐ Calores súbitos / Menopausia Fecha del último examen pélvico _____ Fecha de la última prueba de Papanicolaou _____ ☐ Normal ☐ Anormal Fecha del último examen de senos _____ Fecha del último mamograma _____ ☐ Normal ☐ Anormal

SINOPSIS PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE:	Directivas Anticipadas: ☐ Si ☐ No Educativo de Directivas Anticipadas: ☐
	Cuestionario “Mantengase Saludable” Fecha: _____

Firma: Dr./Dra. _____