

# HISTORIA MEDICA Y EXAMEN FISICO

MRN # \_\_\_\_\_

|                      |  |                |
|----------------------|--|----------------|
| NOMBRE:              | ESTADO CIVIL:<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 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       | 6) CANCER         | 11) ENFERMEDAD CARDIACA | 16) OSTEOPOROSIS |
| 2) ANEMIA            | 7) DIABETES       | 12) HIPERTENSION        | 17) APOPLEJIA    |
| 3) ASMA              | 8) EPILEPSIA      | 13) ENFERMEDAD RENAL    | 18) TIROIDES     |
| 4) ARTRITIS          | 9) GLAUCOMA       | 14) ENFERMEDAD MENTAL   | 19)              |
| 5) SANGRA FACILMENTE | 10) ASMA DEL HENO | 15) MIGRAÑA             | 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) _____  | <b>VACUNA (Fecha de la última)</b> | <b>PRUEBA / EXAMEN (Fecha del último)</b> |
| 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) _____  |  |
| <input type="checkbox"/> Oído disminuido<br><input type="checkbox"/> Zumbido en el oído<br><input type="checkbox"/> Infecciones de oído - <i>frecuentes</i><br><input type="checkbox"/> Mareos<br><input type="checkbox"/> Falla de la vista <input type="checkbox"/> Dolor del ojo<br><input type="checkbox"/> Visión doble o borrosa<br><input type="checkbox"/> Infecciones del ojo - <i>frecuentes</i><br><input type="checkbox"/> Sangrado de la nariz - <i>recurrentes</i><br><input type="checkbox"/> Problema del seno<br><input type="checkbox"/> Dolores de garganta - <i>frecuentes</i><br><input type="checkbox"/> Asma del heno / Alergias<br><input type="checkbox"/> Ronquera - <i>prolongada</i><br><input type="checkbox"/> Neumonía / Pleuresia<br><input type="checkbox"/> Bronquitis / Tos crónica<br><input type="checkbox"/> Asma / Jadeo<br>Falta de aliento:<br><input type="checkbox"/> Haciendo esfuerzo<br><input type="checkbox"/> Estando acostado<br><input type="checkbox"/> Dolor del pecho<br><input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta<br><input type="checkbox"/> Soplo cardíaco<br><input type="checkbox"/> Pulso irregular<br><input type="checkbox"/> Palpitaciones<br><input type="checkbox"/> Tobillos hinchados<br><input type="checkbox"/> Desmayos<br><input type="checkbox"/> Dolor de pierna - <i>caminando</i><br><input type="checkbox"/> Venas varicosas / Flebitis<br><input type="checkbox"/> Pérdida del apetito - <i>reciente</i><br><input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Indigestión o acidez estomacal<br><input type="checkbox"/> Úlceras pépticas<br><input type="checkbox"/> Dolor abdominal - <i>crónico</i><br><input type="checkbox"/> Problema de vesícula biliar<br><input type="checkbox"/> Ictericia / Hepatitis<br><input type="checkbox"/> Cambio de hábitos de evacuación intestinal<br><input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Estreñimiento<br><input type="checkbox"/> Diverticulosis<br><input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn / Colitis<br><input type="checkbox"/> Excrementos sanguinolentos o alquitranados<br><input type="checkbox"/> Hemorroides<br><input type="checkbox"/> Hernia<br><input type="checkbox"/> Infecciones urinarias - <i>frecuentes</i><br><input type="checkbox"/> Sangre en la orina<br><input type="checkbox"/> Emisión de orina <input type="checkbox"/> Durante la noche más de dos veces<br><input type="checkbox"/> Dolorosa<br><input type="checkbox"/> Pérdida del control<br><input type="checkbox"/> Disminución de la Fuerza/Flujo<br><input type="checkbox"/> Cálculos renales<br><input type="checkbox"/> Enfermedad venérea<br><input type="checkbox"/> Derrame uretral<br><input type="checkbox"/> Fatiga crónica<br><input type="checkbox"/> Pérdida de peso - <i>reciente</i><br><input type="checkbox"/> Anemia<br><input type="checkbox"/> Se magulla fácilmente | <input type="checkbox"/> Cancer<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides<br><input type="checkbox"/> Convulsiones / Ataques epilépticos<br><input type="checkbox"/> Apoplejía<br><input type="checkbox"/> Temblor / Manos temblantes<br><input type="checkbox"/> Debilidad muscular<br><input type="checkbox"/> Adormecimiento / Sensaciones de hormigueo<br><input type="checkbox"/> Dolores de cabeza - <i>frecuentes</i><br><input type="checkbox"/> Artritis / Reumatismo<br><input type="checkbox"/> Dolor de Espalda - <i>recurrente</i><br><input type="checkbox"/> Fracturas óseas / Lesión de articulaciones<br><input type="checkbox"/> Gota<br><input type="checkbox"/> Osteoporosis<br><input type="checkbox"/> Dolor de pie<br><input type="checkbox"/> Pies fríos y adormecidos<br><input type="checkbox"/> Sarpullido<br><input type="checkbox"/> Ronchas<br><input type="checkbox"/> Psoriasis<br><input type="checkbox"/> Eczema<br><input type="checkbox"/> Sueño - <i>dificultad</i><br><input type="checkbox"/> Nerviosismo<br><input type="checkbox"/> Depresión<br><input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria<br><input type="checkbox"/> Mal humor - <i>excesivo</i><br><input type="checkbox"/> Fobias | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental<br><input type="checkbox"/> Varicela<br><input type="checkbox"/> Poliomielititis<br><input type="checkbox"/> Paperas<br><input type="checkbox"/> Sarampión<br><input type="checkbox"/> Rubéola<br><input type="checkbox"/> Fiebre reumática<br><input type="checkbox"/> Escarlatina<br><input type="checkbox"/> Tuberculosis<br><input type="checkbox"/> Herpes<br><input type="checkbox"/> Contacto con sangre o fluidos corporales<br><input type="checkbox"/> Alcohol _____ onzas por semana<br><input type="checkbox"/> Fuma _____ cig. por día<br>Número de años _____<br><input type="checkbox"/> Café / Té<br>Nº de tazas por día _____<br><input type="checkbox"/> Directivas con adelanto | <b>MUJERES - Favor de completar</b><br>Flujo Menstrual:<br><input type="checkbox"/> Reg. <input type="checkbox"/> Irreg.<br><input type="checkbox"/> Dolor / Cólico<br>Días de flujo _____<br>Duraciones del ciclo _____<br>Fecha del último período _____<br><input type="checkbox"/> Dolor / Sangramiento durante o después del coito<br>Número de:<br>Embarazos _____<br>Abortos provocados _____<br>Abortos espontáneos _____<br>Nacimientos con vida _____<br>Método de control de la natalidad _____<br>Píldora de control de la natalidad (nombre) _____<br><input type="checkbox"/> Calores súbitos / Menopausia<br>Fecha del último examen pélvico _____<br>Fecha de la última prueba de Papanicolaou _____<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal<br>Fecha del último examen de senos _____<br>Fecha del último mamograma _____<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal |

## SINOPSIS PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE:

Directivas Anticipadas:  Si  No Educativo de Directivas Anticipadas:  Cuestionario "Mantengase Saludable" Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: Dr./Dra. \_\_\_\_\_