

<u>NOMBRE:</u>		<u>FECHA:</u>	
<u>FECHA DE NACIMIENTO :</u>	<u>AÑOS :</u>	<u>ALTURA :</u>	<u>PESO:</u>
<u>Atención primaria / médico de referencia:</u>			

Enfermedad actual: describa brevemente con sus propias palabras por qué está aquí hoy.

HISTORIAL MÉDICO: Indique si tiene (o ha tenido alguna vez) alguna de las siguientes enfermedades

<u>OJOS:</u>	<input type="checkbox"/> Cambio de visión <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Pérdida de visión <input type="checkbox"/> Dolor de ojo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enrojecimiento de los ojos <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> No hay problemas <input type="checkbox"/> Otra: _____
<u>ENT:</u>	<input type="checkbox"/> Hemorragias nasales <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar <input type="checkbox"/> Dolor de garganta frecuente, ronquera <input type="checkbox"/> Pérdida del olfato <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva / zumbido en los oídos <input type="checkbox"/> Pérdida del gusto <input type="checkbox"/> Dolor de sinusitis <input type="checkbox"/> No hay problemas <input type="checkbox"/> Otra: _____
<u>CARDIOVASCULAR:</u>	<input type="checkbox"/> Ataque / enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Palpitaciones (latidos cardíacos rápidos / irregulares) <input type="checkbox"/> Dolor / malestar en el pecho <input type="checkbox"/> No hay problemas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otra: _____
<u>RESPIRATORIO:</u>	<input type="checkbox"/> Tos / sibilancias <input type="checkbox"/> Ronquidos fuertes / respiración alterada durante el sueño (apnea del sueño) <input type="checkbox"/> Falta de aliento <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> No hay problemas <input type="checkbox"/> Otra: _____
<u>GASTROINTESTINAL:</u>	<input type="checkbox"/> Acidez de estómago / indigestión <input type="checkbox"/> Sangre o cambios en el movimiento intestinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> GERD <input type="checkbox"/> No hay problemas <input type="checkbox"/> Otra: _____
<u>GENITOURINARIO :</u>	<input type="checkbox"/> Fugas de orina <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Micción nocturna o aumento de la frecuencia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No hay problema <input type="checkbox"/> Otra: _____
<u>MUSCULOESQUELÉTICO:</u>	<input type="checkbox"/> Dolor de cuello <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Dolor muscular / articular <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Calambres musculares <input type="checkbox"/> Sacudidas o espasmos musculares involuntarios <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No hay problemas <input type="checkbox"/> Otra: _____
<u>PIEL:</u>	<input type="checkbox"/> Nueva o cambio en mole <input type="checkbox"/> Cambios en la coloración o textura de la piel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Erupción / picazón <input type="checkbox"/> No hay problemas <input type="checkbox"/> Otra: _____
<u>NEUROLÓGICO:</u>	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Carrera <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria (demencia) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desmayo <input type="checkbox"/> Mareos / vértigo <input type="checkbox"/> Hormigueo entumecimiento <input type="checkbox"/> Marcha inestable <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Descoordinación / Torpe <input type="checkbox"/> Caídas frecuentes <input type="checkbox"/> Contusiones <input type="checkbox"/> Habla arrastrada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad para encontrar palabras <input type="checkbox"/> Temblor / temblor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No hay problemas <input type="checkbox"/> Otra: _____

<u>PSIQUIÁTRICO:</u>	<input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Estrés <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Problemas para dormir <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Tensión <input type="checkbox"/> Confusión <input type="checkbox"/> Cambios en la personalidad <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas <input type="checkbox"/> No hay problemas <input type="checkbox"/> Otra: _____
<u>ENDOCRINO:</u>	<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> La enfermedad de Addison <input type="checkbox"/> De Cushing <input type="checkbox"/> La enfermedad de Graves <input type="checkbox"/> De Hashimoto <input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor o al frío <input type="checkbox"/> No hay problemas <input type="checkbox"/> Otra: _____
<u>HEMATOLÓGICO / LINFÁTICO:</u>	<input type="checkbox"/> Anemia / hemofilia <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad <input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación / hemorragia <input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas <input type="checkbox"/> No hay problemas <input type="checkbox"/> Otra: _____
<u>ALERGIAS / INMUNOLÓGICAS:</u>	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno / alergias estacionales <input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos <input type="checkbox"/> Alergias a los alimentos <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes <input type="checkbox"/> No hay problemas * ANOTE LAS ALERGIAS SI LAS HAY : _____
<u>ENFERMEDADES INFECCIOSAS / OTRA:</u>	<input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> No hay problemas <input type="checkbox"/> Otra: _____
<u>GENERAL:</u>	<input type="checkbox"/> Pérdida / ganancia de peso inexplicable <input type="checkbox"/> Fatiga / debilidad inexplicables <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito <input type="checkbox"/> Fiebre / escalofríos <input type="checkbox"/> Hinchazón de manos / pies / articulaciones <input type="checkbox"/> Desequilibrado <input type="checkbox"/> Disfunción sexual <input type="checkbox"/> Cambios en la escritura a mano <input type="checkbox"/> No hay problemas <input type="checkbox"/> Otra: _____
OTRA: ex: Cáncer, hepatitis, accidente automovilístico, traumatismo craneal, etc.	

Indique todos los medicamentos que está tomando actualmente:

<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Dosis</u>

Enumere todos los procedimientos o cirugías:

<u>Nombre del procedimiento</u>	<u>Fecha aproximada</u>	<u>Nombre del procedimiento</u>	<u>Fecha aproximada</u>

Historial médico familiar:

<u>Miembro de la familia</u>	<u>Enfermedad (s)</u>	<u>Miembro de la familia</u>	<u>Enfermedad (s)</u>

Historia social:

¿Fumas? Sí No Pasado. En caso afirmativo, ¿cuánto fuma al día? _____ Si lo dejaste hace cuanto tiempo? _____

¿Bebes alcohol? Sí No. Si es así, ¿qué tipo y con qué frecuencia? _____

¿Es usted predominante la mano derecha o izquierda? _____