



**Nueva Historia Médica del Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/ 19\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_  
¿Cómo se enteró de nuestra práctica?

**Por favor, explique brevemente en el cuadro debajo de la razón de su visita**

<b>Médico Historial</b>			
<i>Condición/Enfermedad</i>	<i>Año de inicio</i>	<i>Condición/Enfermedad</i>	<i>Año de inicio</i>
<input type="checkbox"/> Hipertensión		Otros:	
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto			
<input type="checkbox"/> Hyper/Hipotiroudismo			
<input type="checkbox"/> EPOC, enfisema o asma			
<input type="checkbox"/> Diabetes			
<input type="checkbox"/> ERGE			
<input type="checkbox"/> La depression o ansiedad			
<input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón			

<b>Procedimientos/Hospitalizaciones/Lesiones Graves quirúrgicas anteriores o fracturas</b>			
<i>Operación/Hospitalización/Lesiones</i>	<i>Mes / Año</i>	<i>Operación/Hospitalización/Lesiones</i>	<i>Mes / Año</i>

**Otros Médicos y Especialistas**  
*Liste debajo de sus otros medicos (es decir, Gyn, Dermatológica, GI, Ortopedia, Urología, Psiquiatria)*

<b>Medicamentos o alergias o intolerancias alimentarias</b>			
<i>Lista de abajo medicamentos o alimentos que causan una reacción alérgica (es decir, erupción cutánea, hinchazón) o intolerancia (es decir, náuseas)</i>			
<i>Medicamento / Almiento</i>	<i>Reacción</i>	<i>Medicamento / Almiento</i>	<i>Reacción</i>



<b>Historial de Salud Familiar</b>				
<i>Relativa</i>	<i>Vivir o Difunto</i>	<i>Edad actual o a la edad de</i>	<i>Causa de muerte</i>	<i>Problemas de salud</i>
Padre:				
Madre:				
Hermano(s):				
Hermana(s):				
Niño/a(s):				

<b>Mantenimiento de la Salud</b>				
<i>Pruebas realizadas</i>	<i>Fecha</i>			
Lípidos (cholesterol)		¿Anormal?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Colonoscopia		¿Anormal?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mamografía		¿Anormal?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
PAP		¿Anormal?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Densidad ósea		¿Anormal?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Examen Dental				
Examen de Ojos				

<b>Vacunas</b>	
	<i>Fecha</i>
El Tétanos (Tdap)	
Influenza	
Pneumovax (Neumonía)	
Zostavax (Culebrilla)	

<b>Medicamentos Actuales</b>			
<i>Medicación</i>	<i>Dosis</i>	<i>Medicación</i>	<i>Dosis</i>



23 South Howell Avenue, Suites A, B & C, Centereach, NY 11720 Phone: 631-542-0550 Fax: 631-650-7473

**Social, Educación e Historia Trabajo**

Estado civil:	
Estatus (marque uno): Empleado / Desempleado / Retirado / Desactivado	Horas trabajadas por semana:
¿Bebe alcohol?	¿Número de bebidas por semana?
¿Es usted un fumador?	Si sí, ¿cuántos paquetes por día?
¿Eres un ex fumador?	En caso afirmativo, ¿en qué año dejó de fumar?
¿Haces ejercicio?	Duración y Frecuencia?

**Revisión de los Sistemas**

Por favor, marque cualquier **persistente** síntomas que ha tenido en los **meses últimos**. Leer a través de cada sección y marcan "no hay problemas" si ninguno de los síntomas se aplica a usted.

**General**

- Pérdida de peso inexplicable/ganancia
- Fatiga inexplicable/debilidad
- Fiebre/escalofríos
- No hay problemas**

**Piel**

- Nuevo o cambio en mole
- Rash/picor
- No hay problemas**

**Seno**

- Dolor de pecho/nudo/secreción
- No hay problemas**

**Oídos/Nariz/Garganta**

- Las hemorragias nasales
- Dificultad para tragar
- Frecuentes dolores de garganta
- La pérdida de audición/zumbido en los oídos
- No hay problemas**

**Ojos**

- Cambios en la visión
- Dolor ocular
- Enrojecimiento de los ojos
- No hay problemas**

**Cardiovascular**

- El dolor torácico/malestar
- Palpitaciones (rápido o irregular latidos del corazón)
- No hay problemas**

**Respiratorio**

- Tos/sibilancias
- Los ronquidos fuertes/respiración durante el sueño
- A falta de aliento con el esfuerzo
- No problems**

**Gastrointestinal**

- La acidez/reflujo/indegestión
- Sangre o cambio en el intestino movimiento
- Estreñimiento
- No hay problemas**

**Genitourinario**

- Goteo de la orina
- Sangre en la orina
- La micción nocturna o aumento frecuencia
- Secreción del pene o de la vagina
- La preocupación con la función sexual
- No hay problemas**

**Musculoesqueléticos**

- El dolor de cuello
- El dolor de espalda
- Músculo/dolor en las articulaciones
- No hay problemas**

**Endocrino**

- El calor o la sensibilidad al frío
- No hay problemas**

**Hematológico/Linfático**

- Glándulas inflamadas
- Fácil aparición de moretones
- No hay problemas**

**Neurológico**

- Dolor de cabeza
- Pérdida de la memoria
- Desmayo
- Mareos
- Entumecimiento/hormigueo
- Marcha inestable
- Caídas frecuentes
- No hay problemas**

**Alérgica/Immuno**

- Fiebre del heno/alergias
- Infecciones frecuentes
- No hay problemas**

**Psiquiátrico**

- La ansiedad/estrés/irritabilidad
- Los problemas del sueño
- Falta de concentración
- No hay problemas**

**Sólo Mujeres**

- Síntomas premenstruales (hinchazó, calambres, irritabilidad)
- Problema con períodos menstruales
- sofocos/sudores nocturnos
- No hay problemas**

Por favor, escribe cualquier otra preocupación aquí: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_