



Nombre del paciente: _____ Fecha _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ NEM (solo para uso de oficina) _____

Motivo de la consulta _____

Nombre del último médico, Dirección, Fecha de última consulta: _____

Historial Médico - Marque las enfermedades que USTED haya tenido

<input type="checkbox"/>	¿Diabetes - Tipo I o tipo II? _____	<input type="checkbox"/>	Hepatitis - ¿De qué tipo? _____
<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	Cirrosis/Enfermedad del hígado
<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo/ Adicción a drogas
<input type="checkbox"/>	Problemas del corazón/ Paro cardíaco	<input type="checkbox"/>	Artritis - ¿De qué tipo? _____
<input type="checkbox"/>	Infarto del miocardio/ Trombosis coronaria	<input type="checkbox"/>	Gota
<input type="checkbox"/>	Marcapasos/Desfibrilador	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis/Huesos frágiles
<input type="checkbox"/>	Paro cardíaco	<input type="checkbox"/>	Problema de la próstata
<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	HIV / SIDA
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Herpes
<input type="checkbox"/>	Obstrucción pulmonar crónica/Enfisema/Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	Enfermedades venéreas (de transmisión sexual)
<input type="checkbox"/>	Cáncer - ¿De qué tipo? _____	<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	Ansiedad
<input type="checkbox"/>	Enfermedad vascular periférica/Problemas de circulación	<input type="checkbox"/>	Intento de suicidio
<input type="checkbox"/>	Coágulos sanguíneos/Trombosis venosa profunda (DVT)	<input type="checkbox"/>	Otras enfermedades mentales
<input type="checkbox"/>	Hemorragias	<input type="checkbox"/>	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Parálisis
<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Migrañas
<input type="checkbox"/>	Otro _____		

Sólo mujeres

¿Cuándo fue su último Papanicolaou? _____

¿Ha tenido resultados anormales del Papanicolaou?
 No Sí, ¿Cuándo? _____

¿Primer día de su último período menstrual? _____

¿Cuándo fue su última mamografía? _____

¿Ha tenido resultados anormales de su mamografía?
 No Sí, ¿Cuándo? _____

¿Está embarazada? No Sí, ¿fecha de parto? _____

¿Ha tenido complicaciones durante algún embarazo? No Sí

CUÁNTOS

<input type="checkbox"/>	Embarazos
<input type="checkbox"/>	Nacimientos vivos
<input type="checkbox"/>	Nacimientos prematuros
<input type="checkbox"/>	Aborto espontáneo
<input type="checkbox"/>	Abortos
<input type="checkbox"/>	Cesáreas
<input type="checkbox"/>	Parto vaginal después de una cesárea

¿Es usted alérgico a algún medicamento?

¿Anote los medicamentos que toma actualmente?

Cirugías anteriores	
Fecha	
	Vesícula
	Apéndice
	Amígdalas
	Hernias
	Histerectomía - ¿Le quitaron los ovarios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Salpingoclasia (Ligadura de los tubos)
	Biopsia de senos
	Cirugía de la espalda
	Otra
	Otra

Hábitos de salud	
¿Cuánto consume por día de cada uno? (¿si no es cada día cuánto por semana?)	
	Cafeína
	Alcohol
	Tabaco
	Drogas
Ocupación/Viajes	
¿Ha estado expuesto(a) a materiales peligrosos? Cuáles: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Ha viajado a otros países? Cuál: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

Historia familiar	Anote si hay miembros de su familia que tenga alguna de las siguientes enfermedades									
	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Hijo	Hija	Abuelo materno	Abuela materna	Abuelo paterno	Abuela paterna
Estatus: V= Vivo o F=Fallecido										
Diabetes										
Presión arterial alta										
Colesterol alto										
Ataque cardíaco										
Enfermedad renal										
Problemas de coagulación										
Derrame cerebral										
Cáncer (¿De qué tipo?)										
Artritis										
Asma										
EPOC/Problemas pulmonares										
Enfermedad psiquiátrica										
Alcohol/Abuso de drogas										
Otra										

Síntomas: Por favor verifique si está experimentando alguno de los siguientes problemas:

<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso involuntaria	<input type="checkbox"/>	Diarrea o vómito	<input type="checkbox"/>	Sangre en las heces o la orina
<input type="checkbox"/>	Pérdida de orina o heces	<input type="checkbox"/>	Sudores nocturnos/Fiebre	<input type="checkbox"/>	Secreción vaginal o del pene
<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	Hinchazón en pies/tobillos	<input type="checkbox"/>	Períodos dolorosos/Irregulares
<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	Erupción	<input type="checkbox"/>	Problemas de erección
<input type="checkbox"/>	Problemas de visión	<input type="checkbox"/>	Demasiada sed	<input type="checkbox"/>	Constipación
<input type="checkbox"/>	Desmayo	<input type="checkbox"/>	Desmemoria	<input type="checkbox"/>	Nuevo dolor de cabeza
<input type="checkbox"/>	Problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	Dolor-¿en dónde?	<input type="checkbox"/>	Otro
<input type="checkbox"/>	Tos persistente	<input type="checkbox"/>	Problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	Dolor-¿en dónde?
<input type="checkbox"/>	Bultos o protuberancias sospechosas	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar al acostarse	<input type="checkbox"/>	Otro