

Historia Clínica



Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Numero de Seguro Social: _____

Mano diestra? Derecha ó Izquierda Número de cuenta: _____

Se lesiono a causa de n accidente? Si ó No

Si es afirmativo: De Automóvil De trabajo De otro tipo: _____

Ha visitado a un médico en los últimos 6 meses? Si ó No

En caso afirmativo, nombre del médico y motivo de la(s) consulta(s): _____

Alergias: Ninguna Aspirina Codeína Iodo Morfina Penicilina Sulfa Versed Valium

Otro: _____

Medicamentos que utiliza en la actualidad:

Por favor, enumere los medicamentos, ya sean recetados o no, que Ud. Este tomando actualmente: _____

Nom de Farmacia: _____ **Núm de teléfono:** _____ **Dirección:** _____

Problemas médicos pasados o presentes:

Anemia	Iritis
Artritis	Ritmo cardiaco irregular
Asma	Síndrome de Intestino Irritable
Cáncer	Enfermedad / Fallo Renal
Cataratas	Infección Renal
Ansiedad crónica	Cálculos Renales
Tos Crónica	Lupus
Enfermedad Pulmonar Crónica	Migrañas
Sinusitis Crónica	Intolerancia a la leche
Cirrosis hepática	Esclerosis múltiple
Cáncer de Colon	Osteoporosis
Pólipos de Colon	Quiste de Ovario
Enfermedad de Crohn	Pancreatitis
Depresión	Parálisis
Diabetes	Enfermedad de Parkinson
Diverticulitis	Flebitis
Infección del oído	Neumonía
Enfisema	Polio
Hígado graso	Psoriasis
Infecciones urinarias	Reflujo
Cálculos de la vesícula	Fiebre reumática
Glaucoma	Ciática
Gonorrea	Convulsiones
Gota	Enfermedad de transmisión sexual
Hernia inguinal	Cáncer de piel
Infarto cardiaco	Úlcera estomacal / duodenal
Soplo cardiaco	Accidente vascular encefálico
Hepatitis	Sífilis
Hernia hiatal	Tuberculosis (TB)
Presión arterial elevada	Test de TB positivo en piel
Colesterol elevado	Enfermedad de la Tiroides
Triglicéridos elevados	Colitis ulcerativa

Historia Social: Estado Civil

Divorciado (a)

Casado (a)

Separado (a)

Viudo (a)

Soltero (a)

Historia Social: Consumo de Drogas

Nunca he consumido drogas

He consumido drogas en el pasado

Consumo drogas en la actualidad

He sido tratado (a) por drogadicción

Historia Social: Alcohol

Nunca

Raramente

Diariamente

Más de dos días a la semana

Menos de dos días a la semana

He dejado de consumir alcohol

Historia Social: Tabaco

Consumo tabaco en la actualidad

He dejado de consumir tabaco

Nunca he consumido tabaco

Mano Diestra:

Derecha Izquierda

Historia Social: Ocupación

Ocupación: _____

Veterano (a): Si ó No

Historia Social: Hobbies

Hobbies: _____

SIDA (HIV / AIDS)

En Músculos o Esqueleto

Ninguno
 Dolor de Espalda
 Fracturas
 Rigidez crónica en articulaciones
 Problemas en discos
 Articulaciones inflamadas
 Otros: _____

Cardiovasculares

Ninguno
 ECG anormal
 Angina / dolor de pecho en reposo
 Corazón agrandado
 Dolor de piernas en reposo
 Falta de aire
 Inflamación en las piernas
 Varices
 Otros: _____

Del Estado General:

Ninguno
 Escalofríos
 Fatiga
 Fiebre
 Sudores nocturnos
 Falta de apetito
 Sudores
 Aumento de peso
 Pérdida de peso
 Peso estable
 Otros: _____

Oculares:

Ninguno
 Ceguera
 Cambio en la visión
 Inflamación
 Visión pobre
 Otros: _____

Historia Quirúrgica (Cirugías y fechas)**Neurológicos**

Ninguno
 Adormecimiento/Calambres
 Mareos
 Dolores de cabeza
 Debilidad en brazos
 Debilidad en piernas
 Otros: _____

En Garganta, Nariz y Oídos

Ninguno
 Sangramiento de las encías
 Aftas
 Pérdida de la audición
 Ronquera
 Sangramientos de la nariz
 Zumbido de los oídos
 Otros: _____

Respiratorio:

Ninguno
 Tos crónica
 Sangramiento al toser
 Otros: _____

Gastrointestinales:

Ninguno
 Dolor abdominal
 Gases
 Sangre en heces fecales
 Estreñimiento
 Diarrea Acidez
 Ictericia (piel amarillenta)
 Náuseas, vómitos
 Dificultad al tragar
 Otro: _____

Genitourinario:

Ninguno
 Sangre en la orina
 Cambio en frecuencia urinaria
 Otros: _____

Cirugías/Hospitalizaciones/Procedimientos

Ninguno
 Tiroides
 Pecho
 Amígdalas
 Cirugía cardíaca
 Trauma
 Colonoscopia
 Vesícula
 Reemplazo de articulaciones
 Otros: _____

Endocrinos

Ninguno
 Crecimiento o pérdida anormal del cabello
 Sensación de frío o calor anormales
 Sed excesiva
 Bocio
 Ataques de calor
 Otros: _____

Hematológico:

Ninguno
 Sangramiento difícil de detener
 Glándulas inflamadas
 Hematomas frecuentes
 Trombosis / coágulos sanguíneos
 transfusiones
 Otros: _____

Psiquiátricos:

Ninguno
 Sueño anormal
 Ansiedad
 Problemas emocionales
 Pérdida de memoria / confusión
 Crisis nerviosa
 Otros: _____

Inmunizaciones:

Ninguna
 Gripe
 Hepatitis A
 Hepatitis B
 Neumonía
 Tétano
 Otros: _____

Historia Medica Familiar	Madre	Padre	Hermanos (as)
Vivo			
Fallecido			
Cáncer			
Enfisema			
Cardiopatía			
Hipertensión			
Infarto Cerebral			
Diabetes			
Enfermedad de la tiroides			
Convulsión			
Dolor de cabeza			

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____