

Patient Name _____ Account Number _____ DOB _____

Historia de Salud

Principal Queja

Historial de enfermedad actual:

Location (¿Dónde está el dolor/problema?)

Calidad (EX: color normal/anormal, movimiento, etc.)

Gravedad (¿Qué tan severo es el dolor/problema in una escala del 1 al 5, siendo 5 el más severo?)

Duración (¿Cuánto tiempo ha tenido este dolor/problema? ¿Cuándo empezó?)

Hora (¿El dolor/problema ocurre en un momento específico?)

Contexto (¿Dónde estaba usted al comienzo de este dolor/problema?)

Signos/Síntomas Asociados (¿Qué otros problemas asociados ha tenido?)

Factores Modificadores (¿Qué empeora o mejora el dolor/problema? ¿Ha tenido episodios anteriores?)

Historia Médica Pasada

¿Alguna vez ha tenido lo siguiente? (Marque sí o no, déjelo en blanco si no está seguro.)

Sarampión	SÍ	NO	Problemas de Espalda	SÍ	NO
Paperas	SÍ	NO	Hipertensión	SÍ	NO
Varicela	SÍ	NO	Presión Arterial Baja	SÍ	NO
Tos Ferina	SÍ	NO	Hemorroides	SÍ	NO
Escarlatina	SÍ	NO	Asma	SÍ	NO
Difteria	SÍ	NO	Urticaria o Eczema	SÍ	NO
Viruela	SÍ	NO	SIDA & HIV	SÍ	NO
Neumonía	SÍ	NO	Mono Infeccioso	SÍ	NO
Fiebre Reumática	SÍ	NO	Bronquitis	SÍ	NO
Artritis	SÍ	NO	Prolapso de la válvula mitral	SÍ	NO
Emfermedad Venérea	SÍ	NO	Carrera	SÍ	NO
Anemia	SÍ	NO	Hepatitis	SÍ	NO
Infección de Vejiga	SÍ	NO	Úlcera	SÍ	NO
Epilepsia	SÍ	NO	Nefropatía	SÍ	NO
Migrañas	SÍ	NO	Emfermedad de Tiroides	SÍ	NO
Tuberculosis	SÍ	NO	Tendencia a Sangrar	SÍ	NO
Diabetes	SÍ	NO	Otra enfermedad (enumere)		
Cáncer	SÍ	NO			
Polio	SÍ	NO			
Glaucoma	SÍ	NO			
Hernia	SÍ	NO			
Transfusión de Sangre o Plasma	SÍ	NO	Fecha de la Última Radiografía de Tórax		

Doctor Signature _____

Date _____

Patient Name _____ Account Number _____ DOB _____

Hospitalizaciones Previas/Cirugías/Enfermedades Graves

Condición	Cuando	Hospital, Ciudad, Estado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Medicamentos (incluir aquellos sin receta)

¿Ha tomado alguna vez Fen-Phen/ Redux? Sí NO

Historia Social del Paciente

Estado Civil	Solteró/á	Casado/a	Separado/a del Cónyuge	Divorciado/a	Viudo/a
Uso de Alcohol	Nunca	Raramente	Moderado	Diario	
Uso de Tabaco	Nunca	Raramente	Moderado	Diario	
Uso de Drogas	Nunca	Tipo/Frecuencia			
Exposición excesiva en casa or en el trabajo:	Vapores	Polvo	Solventes	Partículas en el Aire	Ruido

Historia Médico Familiar

	Años	Enfermedad	Si Enfermedades, causa de muerte
Padre	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____
Hermanos/as	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Esposo/a	_____	_____	_____
Niños/as	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Indique cuál de los siguientes ha experimentado en los últimos 1-2 meses.

1=Nunca 2=Raramente 3=Ocasionalmente 4=Frecuentemente 5=Constantemente

Ojos/Oídos/Nariz/Garganta/Respiratorio

Asma	1	2	3	4	5
Congestión Nasal	1	2	3	4	5
Fiebre del Heno	1	2	3	4	5
Dolor de Garganta	1	2	3	4	5
Tos Crónica	1	2	3	4	5
Congestión en el Pecho	1	2	3	4	5
Estornudos Frecuentes	1	2	3	4	5
Ojos llorosos y con picazón	1	2	3	4	5
Drenaja	1	2	3	4	5
Dolor de Oído o Infección de Oído	1	2	3	4	5
Picor	1	2	3	4	5
Ronquera	1	2	3	4	5
Dificultad para Respirar	1	2	3	4	5
Resollar	1	2	3	4	5

Doctor Signature _____

Date _____

Patient Name _____ Account Number _____ DOB _____

Indique cuál de los siguientes ha experimentado en los últimos 1-2 meses.

1=Nunca 2=Raramente 3=Ocasionalmente 4=Frecuentemente 5=Constantemente

Neurológica

Dolor de Cabeza	1	2	3	4	5
Migraña	1	2	3	4	5
Mareo	1	2	3	4	5
Entumido	1	2	3	4	5
Cosquilleo	1	2	3	4	5

Muscular/Esquelética

Dolores Musculares	1	2	3	4	5
Fibromialgia	1	2	3	4	5
Artritis	1	2	3	4	5
Dolor in las Articulaciones	1	2	3	4	5
Lumbalgia	1	2	3	4	5
Dolor de Cuello	1	2	3	4	5
Dolor de Muñeca/Mano	1	2	3	4	5
Dolor de Codo	1	2	3	4	5
Dolor de Hombro	1	2	3	4	5
Dolor de Cadera	1	2	3	4	5
Dolor de Rodilla	1	2	3	4	5
Dolor de Tobillo/Pie	1	2	3	4	5
Dolor Entre los Omóplatos	1	2	3	4	5

General

Fatiga	1	2	3	4	5
Malestar	1	2	3	4	5
Debilidad/Cansancio	1	2	3	4	5
Mareo	1	2	3	4	5
Irritabilidad	1	2	3	4	5
Estreñimiento	1	2	3	4	5
Diarrea	1	2	3	4	5
Sentirse Brumoso	1	2	3	4	5
Olvido	1	2	3	4	5

A me leal saber y entender, las preguntas de este formulario han sido respondidas correctamente. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Es me responsabilidad informar al consultorio del médico sobre cualquier cambio en mi estado médico. También autorizo al personal sanitario a realizar los servicios necesarios que pueda necesitar.

 Firma del Paciente/Padre/Tutor

 Fecha