

FORMA DEL HISTORIAL DEL PACIENTE

Nota: Este es un archivo confidencial y será guardado en la oficina de su doctor. La información contenida aquí no será entregada a nadie sin su autorización para hacerlo así.

FECHA DE HOY _____/_____/_____ FECHA DEL ULTIMO EXAMEN MEDICO _____/_____/_____

APELLIDO _____ NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____/_____/_____

Hombre

DOLENCIA PRINCIPAL

Mujer

Cuál es la principal razón de su visita de hoy? (Describa su problema con detalle.)

Historial de la Presente Enfermedad

Por favor conteste las siguientes preguntas

Ubicación del problema
Abdomen Espalda Pierna
Otro _____

Adelante Atrás

¿Cuánto dura este problema?

30 minutos 1 hora Continuo

Otro _____

En la escala de 1-10, en la 10 es el más severo, circule el número

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cuándo notó el problema por primera vez?

Hace 2 días Hace 2 semanas Hace 1 mes

Otro _____

¿Hay algo que ayuda o empeora el problema?

Moviéndose Estando parado Acostado

Otro _____

¿Ocurre algo más al mismo tiempo?

SI NO

Si respondió SI, por favor explique

Sangre en la orina

Irritación

Problema en orinar

Incontinencia

Otro _____

¿Es constante o variable el problema?

Leve y luego agudo

Muy agudo y luego se va

Continuo

¿Interfiere el problema con sus funciones normales?

SI NO

Si contestó SI, por favor explique _____

Para uso del Doctor solamente: (Comentarios / Notas)

# de Respuestas	Nivel de Servicio
1 - 3	1 ó 2
4+	3 a 5

Historial Médico y Social Pasado

Numere toda las enfermedades serias en su familia. (Ejemplo: diabetes, tuberculosis, cáncer de seno, enfermedades cardiacas, etc.)

Numere cualquier enfermedad y/o cirugía

Personal pasada y cuándo ocurrió.

¿Está tomando medicinas? SI NO (Si SI, enumere todas)

Enfermedad o Cirugía Fecha

¿Está con una dieta especial? SI NO (Si SI, explique)

¿Fuma Ud.? SI NO

¿Tiene Ud. Alergias? SI NO (Si SI, explique)

Si SI, ¿Qué cantidad? _____

¿Bebe Ud.? SI NO

Si SI, ¿Qué cantidad? _____

Para uso del Doctor solamente: (Comentarios / Notas)

# de Respuestas	Nivel de Servicio
0	1 ó 2
1 - 2	3
3	4 ó 5

¿Tiene Ud. o ha tenido problemas relacionados con los siguientes sistemas? Circule SI o NO

Por favor explique cualquier respuesta SI, en el espacio que se provee

Síntomas de Constitucion

Fiebre SI NO
Escalofríos SI NO
Dolor de cabeza SI NO
Otro _____

Ojos

Visión borrosa SI NO
Visión doble SI NO
Dolor SI NO
Otro _____

Alérgico/Inmumológico

Fiebre de heno SI NO
Alergia a medicinas SI NO
Otro _____

Neurológico

Temblores SI NO
Mareos SI NO
Adormecimiento/hormigueo SI NO
Otro _____

Endocrinológico

Sed excesiva SI NO
Demasiado calor/frío SI NO
Cansado/desganado SI NO
Otro _____

Gastrointestinal

Dolor abdominal SI NO
Náusea/vómito SI NO
Indigestión/acidez SI NO
Otro _____

Cardiovascular

Dolor de pecho SI NO
Venas varicosas SI NO
Presión arterial alta SI NO
Otro _____

Piel

Salpullido SI NO
Furúnculo SI NO
Comezón persistente SI NO
Otro _____

Muscular-esquelético

Dolor de articulaciones SI NO
Dolor de cuello SI NO
Dolor de espalda SI NO
Otro _____

Dido/Nariz/Garganta/Boca

Infección de oídos SI NO
Dolor de garganta SI NO
Problemas de los senos nasales SI NO
Otro _____

Gentital-Urinario

Retención de orina SI NO
Dolor al orinar SI NO
Orina con frecuencia SI NO
Otro _____

Respiratorio

Respiración ruidosa SI NO
Tos frecuente SI NO
Falta de aire SI NO
Otro _____

Hematológico/Linfático

Glándulas inflamadas SI NO
Problemas de coagulación SI NO
Otro _____

Psicológico

¿Está generalmente satisfecho con su vida? SI NO
¿Se siente severamente deprimido? SI NO
¿Ha considerado Ud. el suicidio? SI NO
Otro _____

Para uso del Doctor solamente: (Comentarios/Notas)

# de Respuestas	Nivel de Servicio
0 - 1	1 ó 2
2 - 9	3
10+	4 ó 5

Doctor (firma) _____

Fecha: ____/____/____