

# HISTORIA DE SALUD

(Confidencial)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha del ultimo examen físico \_\_\_\_\_

A qué se debe su visita médica? \_\_\_\_\_

## SINTOMAS

Marque con un tilde (✓) los síntomas que Ud. tiene actualmente, o que ha tenido en el pasado año.

<p><b>GENERAL</b></p> <p>Escalofríos Depresión Mareos Desmayos Fiebre Falta de Memoria Dolor de cabeza Pérdida de sueño Pérdida de peso Nerviosismo Entumecimiento Sudores</p> <p><b>MUSCULO, HUESO &amp; ARTICULACION</b></p> <p>Dolor, debilidad, entumecimiento en:</p> <p>Brazos      Caderas Espalda      Piernas Pies      Cuello Manos      Hombros</p> <p><b>GENITOURINARIO</b></p> <p>Sangre en la orina Micción (orinar) frecuente Falta de control de vejiga Micción dolorosa</p>	<p><b>GASTROINTESTINAL</b></p> <p>Mal apetito Hinchado Cambios al defecar Estreñimiento Diarrea Excesivo hambre Excesiva sed Gases Hemorroides Indigestión Nausea Sangrar por el recto Dolor de estómago Vómitos Vómito de sangre</p> <p><b>CARDIOVASCULAR</b></p> <p>Dolor de pecho Presión sanguínea alta Latidos irregulares del corazón Presión sanguínea baja Mala circulación Latidos acelerados del corazón Hinchazón de los tobillos Venas varicosas</p>	<p><b>OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA</b></p> <p>Sangrar de las encías Vista nublada Estrabismo/Bizquera Dificultad al tragar Visión doble Dolor de oídos Supuración por los oídos Fiebre del heno Ronquera Pérdida de la audición Hemorragias nasales Tos persistente Zumbido de los oídos Problemas de la sinus Visión — Fulguración Visión — Círculos de luz</p> <p><b>PIEL</b></p> <p>Se pone morada fácilmente Ronchas Picazón Cambios en verrugas Salpullidos Cicatrices Llaga que no cicatriza</p>	<p><b>para los HOMBRES solamente</b></p> <p>Bulto en el pecho Dificultad en la erección Bulto en los testículos Supuración por el pene Llagas en el pene Otros</p> <p><b>para las MUJERES solamente</b></p> <p>Prueba de Papanicolaou anormal Sangrado entre periodos Bulto en el Dolor menstrual muy fuerte Fogaje (“Hot Flashes”) Supuración por los pezones Coito doloroso Supuración por la vagina Otros</p> <p>Fecha de la ultima menstruación _____</p> <p>Fecha de la ultima Prueba de Papanicolaou _____</p> <p>Ha tenido Ud. un mamograma? _____</p> <p>Está Ud. embarazada? _____</p> <p>Cuántos hijos tiene? _____</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# HISTORIA DE SALUD

(Toda la información es estrictamente confidencial)

Página 2 de 3

## CONDICIONES

Marque con un tilde (✓) las condiciones que Ud. tiene o que ha tenido en el pasado.

SIDA	Drogadicción	Colesterol Alto	Problemas de la Próstata
Alcoholismo	Varicela	HIV Positivo	Tratamiento Siquiátrica
Anemia	Diabetes	Enfermedades del Riñón	Fiebre Reumática
Anorexia	Enfisema	Enfermedades del Hígado	Fiebre Escarlata
Apendicitis	Epilepsia	Sarampión	Embolia Cerebral
Artritis	Glaucoma	Migrañas	Intento de Suicidio
Asma	Bocio	Aborto	Problemas de la Tiroides
Trastornos de Desangramiento	Gonorrea	Mononucleosis	Amigdalitis
Bulto en los Senos	Gota	Esclerosis Múltiple	Tuberculosis
Bronquitis	Cardiopatías	Paperas	Fiebre Tifoidea
Bulimia	Hepatitis	Marcapasos	Ulceras
Cáncer	Hernia	Neumonía	Infecciones Vaginales
Cataratas	Herpes	Polio	Enfermedades Venéreas

## MEDICAMENTOS

Liste los medicamentos que Ud. toma actualmente

## ALERGIAS

A medicamentos o sustancias

Nombre de la Farmacia

Teléfono

## HISTORIA FAMILIAR

Complete la información de salud sobre su familia.

Relación	Edad	Estado de Salud	Edad a la Muerte	Causa de la Muerte	Marque con un tilda (✓) si sus familiares consanguíneos han tenido algunas de las siguientes enfermedades:	
					Enfermedad	Parentesco con Ud.
Padre					Artritis, Gota	
Madre					Asma, Fiebre del Heno	
Hermanos					Cancer	
					Drogadicción	
					Diabetes	
					Cardiopatías, Embolia Cerebral	
Hermanas					Presión Sanguínea Alta	
					Enfermedad del Riñón	
					Tuberculosis	
					Otras	

# HISTORIA DE SALUD

(Toda la información es estrictamente confidencial)

HOSPITALIZACIONES		
Ano	Hospital	Motivo de la Hospitalización y Resultado

**Ha tenido Ud. Alguna vez una transfusión de sangre?**      Si      No  
Si la respuesta es afirmativa, dar fecha aproximadas. \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES/LESIONES SERIAS		
Ano	Tipo	Resultado

HISTORIA SOBRE EMBARAZOS		
Ano de Nacimiento	Sexo el Nacimiento	Complicaciones, si las hubo

**HABITOS DE SALUD** – Marque con un tilda (✓) las sustancias Ud. usa, y describa cuanto.

Cafeína	
Tabaco	
Alcohol	
Drogas	
Otras	

INQUIETUDES RELACIONADOS CON EL TRABAJO			
Marque con un tilda (✓) si sus trabajo lo expone Ud. a alguna de las siguientes condiciones:			
Estrés	Sustancias Peligrosas	Levantamiento de Objetos Pesados	Otras
Su ocupación: _____			

Certifico que la información incluida arriba es correcta, a mi leal saber y entender. Yo no hare responsable ni a mi doctor ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Revisado Por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_