

Antecedentes Médicos (Medical History)

Nombre completo del paciente (Patient's Full Name): _____ Edad (Age): _____ Fecha (Date): _____

Médico remitente (Referring Doctor): _____ Médico principal (Regular Doctor): _____

Razón de su Visita (Reason for Visit): _____

Antecedentes Médicos: Usted padece de o alguna vez ha sido tratado por (marque todos que apliquen): (Past Medical History)

CARDÍACO (Cardiac)

- Ataque Cardíaco (Heart attack)
- Enfermedad de las arterias coronarias (Coronary artery disease)
- Presión Arterial Alta (High blood pressure)
- Insuficiencia Cardíaca (Heart failure)
- Latido cardíaco irregular (Irregular heart beat)
- Colesterol alto (High cholesterol)
- Marcapasos (Pacemaker)

PULMONAR (Pulmonary)

- Enfisema (Emphysema)
- Asma (Asthma)
- Bronquitis Crónica (Chronic bronchitis)
- Apnea del Sueño (Sleep apnea)

GASTROINTESTINAL

- Hepatitis
- Acidez estomacal crónica (Chronic heart burn)
- Úlceras (Ulcers)
- Diverticulosis
- Pólipos (Polyps)
- Hernia de Hiato (Hiatal hernia)

GENITOURINARIO (Genitourinary)

- Falla renal (Kidney failure)
- Cálculos renales (Kidney stones)
- Infección renal (Kidney infections)
- Infección urinaria crónica (Chronic urinary infection)

ENDOCRINO (Endocrine)

- Diabetes
- Problemas de la glándula tiroides (Thyroid problems)

NEUROLÓGICO (Neurological)

- Accidente cerebrovascular (Stroke)
- Convulsiones/Ausencias (Seizures)

HEMATOLÓGICO (Hematological)

- Anemia
- Coágulos de sangre (Blood clots)
- Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (HIV)

MUSCULOESQUELÉTICO

- (Musculoskeletal)
- Artritis – Articulaciones (Arthritis – Joints)
- Artritis – Espalda (Arthritis – Back)
- Problemas de los discos – Espalda (Disc problems – Back)
- Osteoporosis
- Gota (Gout)
- Venas varicosas (Varicose veins)

PSICOLÓGICO (Psychological)

- Depresión (Depression)

OJOS (Eyes)

- Glaucoma
- Ceguera (Blindness)
- Cataratas (Cataracts)

OTRO (Other)

- Lupus
- Estafilococo Aureus resistente a la meticilina (MRSA)
- _____

CÁNCER

- Tipo (Type): _____
- Fecha (Date): _____

Antecedentes Quirúrgicos: Por favor incluya la fecha. (Past Surgical History)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Apéndice (Appendix) _____ | <input type="checkbox"/> Histerectomía (Útero) _____
(Hysterectomy (Uterus)) |
| <input type="checkbox"/> Espalda (Disco) (Back (Disc)) _____ | <input type="checkbox"/> Vesícula Biliar (Gallbladder) _____ |
| <input type="checkbox"/> Cesárea (C-Section) _____ | <input type="checkbox"/> Amígdalas (Tonsils) _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de Revascularización Cardíaca (Heart bypass) _____ | <input type="checkbox"/> Otro (Other) _____ |
| <input type="checkbox"/> Hernia _____ | _____ |

Alergias Médicas: Por favor incluya la reacción. (Medication Allergy)

Antecedentes Médicos Familiares: Por favor anote problemas médicos; no incluya nombres. (Family Medical History)

Padre (Father) _____

Madre (Mother) _____

Abuelo (Grandfather) _____

Abuela (Grandmother) _____

Hermano (Brother) _____

Hermana (Sister) _____

Antecedentes de Tipo Social: (Social History)

Estado Civil (Marital Status): Soltero/a (Married) Casado/a (Single)
 Viudo/a (Widowed) Divorciado/a (Divorced)

Trabajo Actual (Current Employment): _____

Jubilado (Retired): Sí (Yes) No

Uso de Tabaco/Nicotina (Tobacco/Nicotine Use):

Ninguno (None) Cigarrillos (Cigarettes) Puros (Cigars) Pipa (Pipes)
 Cigarrillo electrónico (Vaping)

Cajetillas por Día (PPD): _____ No. Años (No. Years): _____

Fecha en que lo dejó (Quit Date): _____

Consumo de Alcohol (Alcohol Use): Sí (Yes) No

Cantidad (Amount): _____

¿Está dispuesto a recibir hemoderivados? Sí (Yes) No
(Will you accept blood products)

Actividad Física (Physical Activity):

Regularmente (Regularly) Ocasional (Occasionally) Rara vez (Rarely)

Tipo de actividad (Type of activity): _____

Revisión de Síntomas: Usted padece de o alguna vez ha sido tratado por (marque todos los que aplican) (Review of Symptoms)

CABEZA/OJOS/OIDOS/NARIZ/GARGANTA (HEENT, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) (HEENT)

- Dolor de cabeza frecuente (Frequent headache)
- Cambios en la visión (Change in vision)
- Mareo (Dizziness)
- Cambio en la audición (Change in hearing)
- Zumbido en los oídos (Ringing in ears)

CARDÍACO (Cardiac)

- Dolor en el pecho (Chest pain)
- Pulso acelerado (Racing pulse)
- Hinchazón de las piernas (Leg swelling)
- Sensación de desmayo (Lightheadedness)

PULMONAR (Pulmonary)

- Falta de Aire (Shortness of breath)
 - en reposo (at rest)
 - con ejercicio (with exertion)
- Tos (Cough)
- Sibilancia (Wheezing)

GASTROINTESTINAL

- Náusea / Vómito (Nausea/Vomiting)
- Dificultad para tragar (Difficulty swallowing)
- Indigestión
- Diarrea (Diarrhea)
- Estreñimiento (Constipation)
- Sangre en las heces (Blood in stool)

GENITOURINARIO (Genitourinary)

- Sangre en la orina (Blood in urine)
- Dolor al orinar (Painful urination)
- Micción Nocturna (Night time urination)
- Incontinencia (Incontinence)

MUSCULOESQUELÉTICO (Musculoskeletal)

- Debilidad muscular (Muscle weakness)
- Dolor en las articulaciones (Joint pain)
- Inflamación en las articulaciones (Joint swelling)
- Dolor de espalda (Back pain)

GENERAL

- Fiebre o escalofríos (Fever/chills)
- Pérdida/aumento de peso (Weight loss/gain)
- Sudores nocturnos (Night sweats)
- Tiene más calor de lo normal (Hotter than usual)
- Tiene más frío de lo normal (Colder than usual)
- Se le forman moretones fácilmente (Easy bruising)
- Sangra fácilmente (Easy bleeding)
- Somnolencia de día (Daytime sleepiness)
- Ronquido (Snoring)
- Se despierta de noche (Waking up at night)
- Sarpullido (Rash)

SENOS (Breast)

- Protuberancias (Lumps)
- Secreción del Pezón (Nipple discharge)
- Dolor (Pain)
- Sensibilidad (Tenderness)

ÚNICAMENTE PARA EL USO DEL CONSULTORIO (FOR OFFICE USE ONLY)

Physical Exam

Height _____ Weight _____ BMI _____ BP _____ HR _____

General: WNL _____ Neck: WNL _____ Lungs: WNL _____ Ext: WNL _____

HEENT: WNL _____ Heart: WNL _____ Abd: WNL _____