

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)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Apéndice (Appendix) _____ <input type="checkbox"/> Espalda (Disco) (Back (Disc)) _____ <input type="checkbox"/> Cesárea (C-Section) _____ <input type="checkbox"/> Cirugía de Revascularización Cardíaca (Heart bypass) _____ <input type="checkbox"/> Hernia _____ | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Histerectomía (Útero) _____ (Hysterectomy (Uterus)) <input type="checkbox"/> Vesícula Biliar (Gallbladder) _____ <input type="checkbox"/> Amígdalas (Tonsils) _____ <input type="checkbox"/> Otro (Other) _____ |
|--|---|

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 _____