

# Formulario Historico del Paciente

Sus respuestas en este formulario ayudarán a su proveedor de atención médica a obtener un historial preciso de sus inquietudes y condiciones médicas. Por favor complete las dos páginas enteras. Si acaso no puede recordar detalles específicos, proporcione su mejor respuesta. ¡Muchas Gracias!

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de su último examen físico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Motivo principal de su consulta

Cuál es la razón de su visita hoy? (Por favor descríbala detalladamente)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

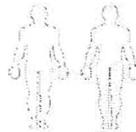
## Historial de la Enfermedad Actual

(Por favor conteste todas las siguientes preguntas)

Ubicación del problema

Abdomen \_\_\_\_\_ Frente \_\_\_\_\_  
 Espalda \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_

Frente Espalda



Cuanto duro el problema la última vez?

30 minutos \_\_\_\_\_ 1 Hora \_\_\_\_\_ Siempre ha estado ahí \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_

En escala del 1-10, siendo 10 lo más severo, encierre en un círculo el número que mejor representa su problema?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hay algo más que esté ocurriendo al mismo tiempo?

Si \_\_\_\_\_ No (Si marco "Si", por favor explique)

Nausea \_\_\_\_\_ Irritación de la piel \_\_\_\_\_ Dolor de cabeza \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Cuando fue la primera vez que noto el problema?

2 días atrás \_\_\_\_\_ 2 semanas atrás \_\_\_\_\_ 1 Mes atrás \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_

El problema es constante o cambia?

Levemente agudo \_\_\_\_\_ Muy agudo \_\_\_\_\_ Siempre ha estado ahí \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_

Hay algo que mejore o empeore el problema?

Al moverse \_\_\_\_\_ Al levantarse \_\_\_\_\_ Al estar de lado \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_

Interfiere el problema con sus funciones normales?

Si \_\_\_\_\_ No (Si marco "Si", por favor explique)

Para uso exclusivo del médico: (Comentarios/Notas)

# Respuesta	Nivel de Servicio
1-3	1 o 2
4+	3 - 5

## Historia Médica y Social Pasada

Escriba las enfermedades que existen en su familia. (Ex: diabetes, tuberculosis, cáncer pecho, enfermedades del corazón, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Escriba las enfermedades personales y/o cirujías mas recientes

Esta tomando alguna medicina?

Si No (Si marco "Si", por favor explique)

Enfermedad o Cirujía \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Está en alguna dieta especial?

Si No (Si marco "Si", por favor explique)

Fuma usted? Si No

Tiene usted alguna tipo de alergias?

Si No (Si marco "Si", por favor explique)

Cuantos cigarrillos? \_\_\_\_\_

Toma Licor? Si No

Cuantas bebidas? \_\_\_\_\_

Para uso exclusivo del médico: (Comentarios/Notas)

# Respuesta	Nivel de Servicio
0	1 o 2
1-2	3
3	4 o 5

(Sigue) →

# Revisión de los Sistemas

Lea con detalle cada uno de los sistemas y marque con un círculo "Si" o "No" según aplique.  
**Por favor explique en detalle en los espacios previstos si así lo desea.**

## Sintomas Constitucionales

Fiebre Si No  
 Escalofríos Si No  
 Dolores de cabeza Si No  
 Otros \_\_\_\_\_

## Ojos

Vision borrosa Si No  
 Vision doble Si No  
 Dolor Si No  
 Otros \_\_\_\_\_

## Alergico/Inmunologico

Fiebre del Heno Si No  
 Reaccion alergica a algun medicamento Si No  
 Otros \_\_\_\_\_

## Neurologico

Temblores Si No  
 Sensacion de mareo Si No  
 Adormecimiento/cosquilleo Si No  
 Otros \_\_\_\_\_

## Endocrinologico

Sed excesiva Si No  
 Mucho calor / mucho frio Si No  
 Cansado(a) / Pereza Si No  
 Otros \_\_\_\_\_

## Gastrointestinal

Dolor abdominal Si No  
 Nauseas/vomitos Si No  
 Indigestion/acidas Si No  
 Otros \_\_\_\_\_

## Cardiovascular

Dolor de pecho Si No  
 Venas varicosas Si No  
 Presion arterial alta Si No  
 Otros \_\_\_\_\_

## Piel

Irtaacion en la piel Si No  
 Postema o divieso Si No  
 Picacion persistente Si No  
 Otros \_\_\_\_\_

## Musculoesqueletico

Dolor en la coyunturas Si No  
 Dolor de cuello Si No  
 Dolor de espalda Si No  
 Otros \_\_\_\_\_

## Oido/Nariz/Garganta/Boca

Infeccion de oidos Si No  
 Dolor de garganta Si No  
 Problema Sinusitis Si No  
 Other \_\_\_\_\_

## Genitalurinario

Retencion de la orina Si No  
 Dolor al orinar Si No  
 Orinar frecuentemente Si No  
 Otros \_\_\_\_\_

## Respiratorio

Silvidos al respirar Si No  
 Tos frecuente Si No  
 Dificultad para respirar Si No  
 Otros \_\_\_\_\_

## Hematologico/Linfatico

Glandulas inflamadas Si No  
 Problemas de cuagulacion Si No  
 Otros \_\_\_\_\_

## Psicologico

Esta generalmente satisfecho (a) con su vida? Si No  
 Se siente gravemente deprimido (a)? Si No  
 Alguna vez ha considerado el suicidio? Si No  
 Otros \_\_\_\_\_

**Uso exclusivo del médico: (Comentarios/Notas)**

# Respuestas	Nivel de servicio
0 - 1	1 o 2
2 - 9	3
10+	4 o 5

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_