

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nac:** \_\_\_\_\_

NO  SI HA ESTADO HOSPITALIZADO/TENIDO CIRUGIA/ENFERMEDAD EN ESTE PASADO AÑO? (SI RESPONDIO SI EXPLIQUE POR FAVOR)

**ALERGIAS:**  Ningun  Codeina  Penicilina  Yodo  Comida(s)  OTRO  
 Latex  Morfina  Sulfa  Aspirina  Picadura de avispa

**MEDICAMENTOS:** Favor de traer todos sus medicamentos a su cita medica. Esto incluye medicamentos sin receta.

**CIRUGIAS O PROCEDIMIENTOS PREVIAS: (indica fecha aproximada)**

<input type="checkbox"/> Apendectomia <input type="checkbox"/> Colonoscopia _____(año) <input type="checkbox"/> Vasicula Biliar <input type="checkbox"/> Amigdolectomia <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ceno <input type="checkbox"/> Cirugia estética/plástica <input type="checkbox"/> Dilatación y Curetaje	<input type="checkbox"/> Laparoscopia <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas <input type="checkbox"/> Histeroscopia <input type="checkbox"/> Ablacion endometrial <input type="checkbox"/> Histerectomía, parcial o total <input type="checkbox"/> Ovarios –eliminación de uno o ambos ovarios <input type="checkbox"/> Extensión de uretra <input type="checkbox"/> Cirugía de vejiga	<input type="checkbox"/> Cirugía de la obesidad <input type="checkbox"/> Litotricia (piedras del riñon) <input type="checkbox"/> Cirugía Ortopédica (espalda, rodilla, cadera, etc) <input type="checkbox"/> Cirugía de la tiroides <input type="checkbox"/> Cirugía sinusal <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón <input type="checkbox"/> Reparación de la hernia <input type="checkbox"/> Cirugía de hemorroides
--	---	---

**NOMBRA ALGUNA OTRA CIRUGÍA U**

**HOSPITALIZACIÓN:**

**HISTORIA MEDICA:** (indica si usted ha tenido alguna de estas problemas medicas con la fecha aproximada del diagnostico)

<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Problemas con anestesia <input type="checkbox"/> Desorden de la ansiedad <input type="checkbox"/> El asma <input type="checkbox"/> Trastorno de deficit de atención <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre (piernas/pulmones) <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Cáncer de cualquier tipo <input type="checkbox"/> La dependencia quimica o el Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Dolor crónico <input type="checkbox"/> El sindroma de fatiga crónica	<input type="checkbox"/> Pólipos en el colón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Celiaquía <input type="checkbox"/> Depresión que requiere Orientación o medicamentos <input type="checkbox"/> Depresión posparto <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia (convulsiones) <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza, crónico <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza, migraña	<input type="checkbox"/> Ataque del corazon <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco <input type="checkbox"/> Problemas de audición <input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B, C, otro) <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Presion arterial alta <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Piedras del riñon <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula <input type="checkbox"/> Osteoartritis <input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> Reflujo (reflujo acido) <input type="checkbox"/> Apnea del sueño <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel <input type="checkbox"/> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Ulcera del estómago <input type="checkbox"/> Trastorno de tiroides <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Varices <input type="checkbox"/> Problemas de peso – Obesidad
--	--	--	---

Estado Civil  Soltero  Separado  Casado  Divorciado  Viudo

**HISTORIA FAMILIAR:**  Fui adoptado  No se mi historia familiar

	Madre	Padre	Hijos(as)	Hermana(s)	Hermano(s)	Tia(s)/Tio(s)	Abuelos
Cáncer del ceno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer del colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer ovárico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer uterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer, otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del riñon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad genetica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**OTROS ANTECEDENTES FAMILIARES PERTINENTES:**

Consumo de Alcohol	<input type="checkbox"/> Nunca he usado alcohol	<input type="checkbox"/> He dejado de usar alcohol	<input type="checkbox"/> Bebedor social de alcohol	<input type="checkbox"/> Menos de 2 cada dia/semana	<input type="checkbox"/> Diario
Consumo de tabaco	<input type="checkbox"/> Nunca he usado productos de tabaco	<input type="checkbox"/> He dejado de usar	<input type="checkbox"/> Yo uso productos de tabaco	<input type="checkbox"/> <b>Me gustaria dejar de fumar</b>	
Consumo de Drogas ilicitas	<input type="checkbox"/> Nunca he usado drogas ilicitas	<input type="checkbox"/> He dejado de usar drogas ilicitas	<input type="checkbox"/> Yo consumo drogas ilicitas	<input type="checkbox"/> He usado drogas inyectables	<input type="checkbox"/> Tengo o he tenido problemas de droga
Educacion	Eres un estudiante? <input type="checkbox"/> Escuela Primaria <input type="checkbox"/> Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> Colegio	<input type="checkbox"/> Graduado de escuela Secundaria	<input type="checkbox"/> Certificado del GED	<input type="checkbox"/> Graduado del Colegio	<input type="checkbox"/> Licenciatura Superior o Titulo Superior
Occupacion	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Jubilado

**REVISION DE SISTEMAS :** Favor de comprobar cualquiera de los siguientes SINTOMAS que esta experimentando o ha experimentado.

Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perdida de peso			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de vision	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vision borrosa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de audicion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemorragias	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zumbido de oidos
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Salpullido	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cambios en lunares de piel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Crecimiento de cabello inusual		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bultos en los cenos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor en los cenos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Descarga de los pezones		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Palpitaciones/latido irregular	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hinchazon de los tobillos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco en la edad adulta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos con sangre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos cronica		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor abdominal -de arriba	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor abdominal- de abajo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Materia fecal con Sangre o de color negro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Constipacion
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nausea/Vomito	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hinchazon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Flatulencia/Gas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cambio en apetito	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Acidez
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Urgencia urinaria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor al orinar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perdida de orina
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad al orinar		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Levantarse frecuente de noche para orinar		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores musculares	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rigidez	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsiones/Ataques	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desmayo/ Desvanecimiento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alteracion de la memoria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Entumecimiento en las extremidades
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Intolerancia al frio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perdida de cabello	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sofocos
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sudor excesivo	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ansiedad/ panico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Incapacidad para concentrarse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pensamientos de suicidio	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Facil aparicion de moretones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sangrado prolongado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inflamación de los ganglios		

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Doctor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_