



MRN (número de historia clínica): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Expediente confidencial: La información contenida aquí no será revelada a nadie a menos que usted nos autorice a hacerlo.

Apellido		Nombre		Apellido intermedio	
Fecha de nacimiento			País de nacimiento		
Dirección		Ciudad	Estado	Código Zip	
Medicare n.º		Medicaid n.º			
Seguro Social n.º		Teléfono de casa		Teléfono de trabajo	
Compañía de seguro de salud			Seguro n.º		
Sexo: M F	Estado civil		Religión		
Persona a notificar			Parentesco		
Dirección			Teléfono		
Fecha del último examen físico		Referido por			
Empleador					
Empleador del cónyuge					

HISTORIAL FAMILIAR		Si está vivo		Si ha muerto	
		Edad	Salud	Edad al fallecer	Causa
Padre					
Madre					
Hermanos/Hermanas	Haga un círculo en el sexo				
	M F				
	M F				
	M F				
	M F				
Esposos/Esposas					
Hijos/Hijas	Haga un círculo en el sexo				
	M F				
	M F				
	M F				
	M F				

## HISTORIAL FAMILIAR

Marque si cualquier pariente sanguíneo tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades e ingrese el parentesco.

	Si	No	Parentesco		Si	No	Parentesco		Si	No	Parentesco
Accidente cerebro-vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Migraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Bocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Crisis nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tendencia a sangrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Corazón reumático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Úlceras estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Enfermedad cardíaca congénita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## HISTORIAL PREVIO

¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

	Si	No		Si	No
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones renales o de vejiga frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crisis nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la vesícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones pulmonares-frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza tipo migraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

### Operaciones

Haga una lista e indique el año aproximado:

---



---



---

Hospitalizaciones (no por operaciones):

Haga una lista con fechas aproximadas:

---



---



---

### HÁBITOS PERSONALES

1. Marque si fuma regularmente:

Cigarrillos  Pipa  Puros    ¿Cuánto tiempo lleva fumando? \_\_\_\_\_ años  
Número por día \_\_\_\_\_

2. Marque si bebe regularmente:

Licor fuerte     1-3 oz. (185,05 g.) al día     Más de 3 oz. (185,05 g.) al día  
 Cerveza     1 botella al día     2 botellas     3 o más  
 Vino     1 vaso al día     2 vasos     3 o más

3. ¿Toma café?  Sí     No     3 o más tazas al día

4. ¿Tiene dificultades para dormir?  Nunca     Con frecuencia     A veces

5. ¿Se despierta a menudo muy temprano en la mañana sin causa aparente y le cuesta volver a dormirse otra vez?  Frecuentemente     Ocasionalmente     Rara vez

Lesiones serias (aparte de las de arriba)

Haga una lista con fechas aproximadas:

---



---



---



---

Diagnóstico por rayos x

Haga una lista con fechas aproximadas:

---



---



---



---

Vacunas (por favor ingrese la fecha):

Viruela \_\_\_\_\_ Polio \_\_\_\_\_

Fiebre tifoidea \_\_\_\_\_ Tétanos \_\_\_\_\_

¿Es usted alérgico/a a algún medicamento? Sí  No

Si contestó afirmativamente, por favor indique los medicamentos y las reacciones que tuvo a cada uno:

---



---



---



---

### MEDICAMENTOS

Marque cuál de los siguientes medicamentos toma regularmente, si corresponde:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicina para el asma/jadeo silbante  | <input type="checkbox"/> Pastillas para dormir/tranquilizantes  |
| <input type="checkbox"/> Aspirina, Bufferine, Anacin           | <input type="checkbox"/> Medicamentos para la tiroides          |
| <input type="checkbox"/> Tylenol/productos similares           | <input type="checkbox"/> Medicamento para el estómago/digestivo |
| <input type="checkbox"/> Píldoras para la presión sanguínea    | <input type="checkbox"/> Pastillas para bajar de peso           |
| <input type="checkbox"/> Cortisone, Prednisona                 | <input type="checkbox"/> Anticoagulante sanguíneo/Coumadin      |
| <input type="checkbox"/> Medicamento para la tos               | <input type="checkbox"/> Dilantin                               |
| <input type="checkbox"/> Digitalis/medicamento para el corazón | <input type="checkbox"/> Pastillas de agua, diuréticos          |
| <input type="checkbox"/> Hormonas/pastillas anticonceptivas    | <input type="checkbox"/> Antibióticos                           |
| <input type="checkbox"/> Insulina/pastillas diabéticas         | <input type="checkbox"/> Fenobarbital/barbitúricos              |
| <input type="checkbox"/> Hierro/medicamentos para la sangre    | <input type="checkbox"/> Vitaminas                              |
| <input type="checkbox"/> Laxantes                              | <input type="checkbox"/> Otros fármacos (indicar abajo)         |

Por favor indique otros fármacos o inyecciones:

---



---



---



---

**OCUPACIONAL:**

- ¿Está desempleado actualmente?  Si  No
- ¿No está satisfecho con su tipo de trabajo actual?  Si  No
- ¿Su trabajo implica trabajo inusual, exposición al polvo, ruido, radioactividad, etc.?  Si  No
- ¿Tiene más de un trabajo?  Si  No
- ¿Trabaja más de 60 horas a la semana?  Si  No
- ¿Se lleva mal con sus colegas de trabajo y/o con sus supervisores?  Si  No
- ¿Es incapaz de trabajar porque tiene una discapacidad?  Si  No
- ¿Está retirado/a?  Si  No
- Si está retirado/a, ¿ha tenido dificultad para adaptarse a la jubilación?  Si  No
- Si es ama de casa, ¿le resulta difícil el trabajo en la casa?  Si  No
- Si es ama de casa, ¿está insatisfecha con su trabajo en la casa?  Si  No

**MARITAL/FAMILY:**

- ¿Ha estado casado/a más de una vez?  Si  No
- ¿Ha ocurrido un cambio reciente en su estado civil?  Si  No
- ¿Existe una diferencia de edad de más de 10 años entre usted y su cónyuge?  Si  No
- ¿Tiene problemas en su vida marital?  Si  No
- ¿Tiene problemas sexuales?  Si  No
- Si es usted viudo/a, ¿ha tenido dificultades para adaptarse a la muerte de cónyuge?  Si  No
- ¿Tiene problemas serios con sus hijos?  Si  No
- ¿Su vida hogareña actual le provoca infelicidad?  Si  No
- ¿Han ocurrido fallecimientos en su familia o entre sus amigos en el último año o dos últimos años?  Si  No
- ¿Alguien en su familia tiene una enfermedad o discapacidad seria?  Si  No
- ¿Alguien en su familia tiene problemas con las drogas o el alcohol?  Si  No

**HISTORIAL SOCIAL:**

- ¿Ha vivido o viajado recientemente fuera de los Estados Unidos?  Si  No
- ¿No completó la educación secundaria?  Si  No
- ¿No empezó y/o completó estudios universitarios?  Si  No
- ¿Fue rechazado para el servicio militar?  Si  No
- ¿Lo han rechazado/a para el seguro de vida o de salud o ha tenido que pagar una prima extra?  Si  No
- ¿Cómo menos de tres comidas al día?  Si  No
- ¿Tiene costumbres o restricciones alimentarias especiales?  Si  No
- ¿Lo/la han tratado alguna vez por un problema con el alcohol?  Si  No
- ¿Hace ejercicio menos de tres veces a la semana?  Si  No
- ¿No tiene aficiones o hobbies?  Si  No
- ¿Participa en actividades políticas, comunitarias o de la iglesia?  Si  No

Por favor, indique su afición o aficiones:

---



---



---



---



---



---



---



---

# REVISIÓN DE SISTEMAS

Si No

**A. General**

- ¿Se preocupa mucho por su salud?  Si  No
- ¿Normalmente se siente cansado/a o agotado/a?  Si  No
- ¿Se siente deprimido/a muchas veces?  Si  No
- ¿Ha notado recientemente que el calor o el clima caluroso le molesta?  Si  No
- ¿Ha estado tomando más agua o líquidos últimamente?  Si  No
- ¿Ha tenido un aumento o baja de peso recientemente?  Si  No

**B. Piel**

Ha notado:

- ¿Algún cambio en el color de su piel?  Si  No
- ¿Irritación de la piel o picazón?  Si  No
- ¿Piel inusualmente seca?  Si  No
- ¿Algún bulto en la piel que le molesta?  Si  No
- ¿Alguna llaga o herida que no se cura?  Si  No
- ¿Algún cambio en el color o tamaño de las verrugas?  Si  No

**C. Ojos**

Usted:

- ¿Tiene dolor en los ojos?  Si  No
- ¿Tiene glaucoma?  Si  No
- ¿Tiene visión borrosa?  Si  No
- ¿Ve halos alrededor de las luces?  Si  No
- ¿Ha sentido un cambio en su visión?  Si  No

**D. ENT (OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA)**

Tiene usted:

- ¿Problemas para respirar?  Si  No
- ¿Sonido o zumbido en sus oídos?  Si  No
- ¿Dolor de oído o secreción de sus oídos?  Si  No
- ¿Mucha congestión nasal?  Si  No
- ¿Drenaje por la parte posterior de su garganta?  Si  No
- ¿Sangrado nasal frecuente o severo?  Si  No
- ¿Ronquera persistente?  Si  No
- ¿Un bulto en su garganta?  Si  No
- ¿Lengua o boca adolorida?  Si  No
- ¿Sangramiento de encías?  Si  No

**E. Respiratorio**

Tiene usted:

- ¿Resfríos frecuentes?  Si  No
- ¿Una tos constante o molesta?  Si  No
- ¿Toser sangre?  Si  No
- ¿Espujo o flema entre resfríos?  Si  No
- ¿Dificultad para respirar?  Si  No
- ¿Ha notado silbido o ruido en el pecho?  Si  No

Comentarios adicionales:

---



---



---



---



---



---



---



---

## F. Cardiovascular

Tiene usted:

- ¿Dolor, opresión o presión en la parte delantera o posterior de su pecho?  Si  No
- Si contestó que sí, ¿le ocurre al caminar rápido, trabajar mucho o cuando está excitado?  Si  No
- ¿Le han dicho alguna vez que su electrocardiograma era anormal?  Si  No
- ¿Tiene hinchazón en los pies o tobillos?  Si  No
- ¿Su corazón late rápido o de forma irregular?  Si  No
- ¿Tiene calambres en sus pantorrillas al caminar?  Si  No
- ¿Alguna vez se despierta en la noche con mucha dificultad para respirar?  Si  No
- ¿Sus dedos de las manos o de los pies se enfrían, se adormecen o se ponen muy blancos o azulados?  Si  No

## G. Gastrointestinal

- ¿Ha tenido recientemente cambios en sus hábitos de alimentación?  Si  No
- ¿Hay alimentos especiales que le causen malestar o dolor de estómago, náuseas, etc.?  Si  No
- ¿Tiende a eructar mucho?  Si  No
- ¿Ha notado recientemente problemas para tragar?  Si  No
- ¿Tiene ardor estomacal o indigestión con frecuencia?  Si  No
- ¿Ha vomitado sangre alguna vez?  Si  No
- ¿Le molesta el estreñimiento?  Si  No
- ¿Tiene deposiciones sueltas o diarrea con frecuencia?  Si  No
- ¿Tiene muchos gases?  Si  No
- ¿Tiene mal apetito?  Si  No
- ¿Se despierta alguna vez con sensación de hinchazón bajo el esternón?  Si  No
- ¿Alguna vez ha evacuado sangre del recto?  Si  No
- ¿Ha tenido alguna vez deposiciones negras o alquitranadas?  Si  No
- ¿Ha notado cambios recientes en sus evacuaciones intestinales?  Si  No
- ¿Toma laxantes regularmente?  Si  No
- ¿Tiene náuseas o vómitos con frecuencia?  Si  No

## H. Genitourinario

Tiene usted:

- ¿Tiene algún problema en sus genitales (partes privadas)?  Si  No
- ¿Siente ardor o dolor al orinar?  Si  No
- ¿Orina más frecuentemente?  Si  No
- ¿Tiene más orina que antes?  Si  No
- ¿Tiene problemas para orinar?  Si  No
- ¿Se levanta en la noche para orinar?  Si  No
- ¿Tiene problemas de pérdida de orina al toser o estornudar?  Si  No
- ¿Tiene problema de goteo de orina?  Si  No
- ¿Ha tenido sangre en la orina?  Si  No
- ¿Se ha sometido a alguna operación para evitar el embarazo (vasectomía o esterilización, como ligadura de trompas)?  Si  No
- Si es hombre, ¿tiene problemas con la glándula prostática?  Si  No

## I. Musculoesquelético

- ¿Tiene problemas de dolor de espalda?  Si  No
- ¿Tiene dolor en las piernas o en los pies?  Si  No
- ¿El dolor de espalda interfiere con su trabajo o actividades?  Si  No
- ¿Tiene rigidez o dolor articular?  Si  No
- ¿Tiene problemas para caminar o con las articulaciones de la cadera o las rodillas?  Si  No

## J. Sistema nervioso central

- ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o severos?  Si  No
- ¿Tiene con frecuencia vértigo, desmayos o sensación de desmayarse?  Si  No
- ¿Alguna vez ve doble?  Si  No
- ¿Alguna vez pierde la noción de lo que ocurre a su alrededor por un periodo corto de tiempo?  Si  No
- ¿Alguna vez pierde la capacidad de hablar por unos segundos?  Si  No
- ¿Se ha desmayado o perdido la conciencia recientemente?  Si  No
- ¿Tiene problemas para recordar eventos recientes?  Si  No
- ¿Alguna vez ha tenido convulsiones o ataques?  Si  No
- ¿Siente adormecimiento o cosquilleo en su cabeza, brazos o piernas?  Si  No
- ¿Se considera una persona nerviosa?  Si  No
- ¿Llora mucho sin motivo aparente?  Si  No
- ¿Ha tenido alguna vez el deseo de cometer suicidio?  Si  No
- ¿Escucha voces o ve personas cuando no haya nadie cerca?  Si  No
- ¿Siente alguna vez que alguien está intentando hacerle daño?  Si  No

## K. Solo mujeres

- ¿Sus períodos menstruales empezaron antes de los 10 años?  Si  No
- ¿Sus períodos menstruales empezaron después de los 15 años?  Si  No
- ¿Sus períodos menstruales son irregulares?  Si  No
- ¿Sus períodos se producen con una frecuencia menor a cuatro semanas?  Si  No
- ¿Sus períodos se producen con una frecuencia mayor a cuatro semanas?  Si  No
- ¿Usa más de 10 compresas o tiene que usar compresa o tampón extra grande para sus períodos?  Si  No
- ¿Tiene coágulos con su periodo?  Si  No
- ¿Tiene hinchazón o aumenta de peso justo antes de sus periodos?  Si  No
- ¿Ha pasado la menopausia o el cambio?  Si  No
- ¿Tiene sofocos?  Si  No
- ¿Ha tenido abortos o pérdidas?  Si  No
- ¿Ha tenido bultos en los pechos?  Si  No
- ¿Ha tenido secreciones de sus pezones?  Si  No
- ¿Ha usado alguna vez un dispositivo intrauterino (IUD)?  Si  No
- ¿Ha usado otras medidas de control de la natalidad?  Si  No

## COMENTARIOS ADICIONALES:

---

---

---

---

---

---

---

---