

Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Fecha de Hoy: ____/____/____

Medico que la(o) refiere: _____ Numero telefonico _____

Motivo de su visita hoy: _____

PROBLEMAS MEDICOS PASADOS O PRESENTES

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Problemas de coagulacion | <input type="checkbox"/> Cancer de Colon | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dialisis | <input type="checkbox"/> Cancer de Ovario | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riniones | <input type="checkbox"/> Cander de Pulmon | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Vista | <input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia | <input type="checkbox"/> Cancer de pecho | <input type="checkbox"/> Presion Arterial Alta |
| <input type="checkbox"/> Probemas del Oido | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Cancer de Prostata | <input type="checkbox"/> Enfisema/ Bronquitis Cronica |
| <input type="checkbox"/> Apnea del Suenio | <input type="checkbox"/> Ansiedad / Depresion | <input type="checkbox"/> Cancer de Cervix/Utero | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazon |
| <input type="checkbox"/> Transfusiones de Sangre | <input type="checkbox"/> Bipolar/Esquizofrenia | <input type="checkbox"/> Cancer de Rinion | <input type="checkbox"/> Arritmia Cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide | <input type="checkbox"/> Dolor Cronico | <input type="checkbox"/> Cancer de Tiroides | <input type="checkbox"/> Stents |
| | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Cancer de Piel | <input type="checkbox"/> Marcapasos/Defibrilador |
| <input type="checkbox"/> Pancreatitis | <input type="checkbox"/> Cirrosis del Hgado | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Reflujo de Acido/Acidez |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Celiaca | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Diverticulosis | <input type="checkbox"/> Fisura o fistula Anal |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Ulcera estomacal |
| <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerativa | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Intestino Irritable | <input type="checkbox"/> Polipos del Colon |
| <input type="checkbox"/> Piedras en la Vesicula | <input type="checkbox"/> Otra Enfermedad del Hgado | | |

Otras enfermedades: _____

CIRUGIAS PREVIAS

PROCEDIMIENTOS / HOSPITALIZACIONES

Por favor indique las fechas

- | | | | | |
|-------------------------------|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Apendice | <input type="checkbox"/> Histerectomia | <input type="checkbox"/> Cirugia del Colon | <input type="checkbox"/> Trago de Bario |
| | <input type="checkbox"/> Bypass Corazon | <input type="checkbox"/> Cesarea | <input type="checkbox"/> Colostomia | <input type="checkbox"/> MRI Abdomen |
| | <input type="checkbox"/> Reemplazo Valvula Corazon | <input type="checkbox"/> Ovarios | <input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia | <input type="checkbox"/> Tomografia Abdomen |
| | <input type="checkbox"/> Defibrilador | <input type="checkbox"/> Cirugia de Pecho | <input type="checkbox"/> ERCP | <input type="checkbox"/> Ultrasonido |
| | <input type="checkbox"/> Bypass estomago | <input type="checkbox"/> Cirugia de la articulaciones | <input type="checkbox"/> Capsule endoscopica | <input type="checkbox"/> Endoscopia |
| | <input type="checkbox"/> Vesicula Biliar | <input type="checkbox"/> Prostata | <input type="checkbox"/> Enema Bario | <input type="checkbox"/> Colonoscopia |

Otra/o: _____

REVISION DE SISTEMAS

Por favor indique si esta experimentando o ha experimentado estos sintomas en los ultimos 6 meses

- | | | | | |
|-------------------------------|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nada | General | Hematologico/Linfatico | Psiquiatrico | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal |
| | <input type="checkbox"/> Aumento de peso | <input type="checkbox"/> Sangrado facil | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Estrenimiento |
| | <input type="checkbox"/> Perdida de peso | <input type="checkbox"/> Moretones | <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Ganglios inflamados | <input type="checkbox"/> Deficit de Atencion | <input type="checkbox"/> Gas/ Embotamiento |
| | Oidos, Nariz, Garganta | Piel | Genitourinario | <input type="checkbox"/> Eructos |
| | <input type="checkbox"/> Cambios en la vision | <input type="checkbox"/> Picazon | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| | <input type="checkbox"/> Ojos secos | <input type="checkbox"/> Ronchas | <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria | <input type="checkbox"/> Nausea |
| | <input type="checkbox"/> Sangrado de encias | Musculoesqueletico | <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias | <input type="checkbox"/> Vomitos |
| | <input type="checkbox"/> Voz ronca | <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda | Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Llenarse rapido |
| | Respiratorio | <input type="checkbox"/> Dolor de Articulaciones | <input type="checkbox"/> Intolerancia a la Lactosa | <input type="checkbox"/> Distension abdominal |
| | <input type="checkbox"/> Tos cronica | <input type="checkbox"/> Dolor Muscular | <input type="checkbox"/> Perdida de peso | <input type="checkbox"/> Sangre en el excremento |
| | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | Neurologico | <input type="checkbox"/> Dolor al tragar | <input type="checkbox"/> Excremento negro |
| | Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Incontinencia rectal |
| | <input type="checkbox"/> Ritmo irregular corazon | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Ahogarse al tragar | <input type="checkbox"/> Prolapso rectal |
| | <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Embolio/ Paralisis | <input type="checkbox"/> Sabor acido en la boca | <input type="checkbox"/> Cambio en los habitos |
| | <input type="checkbox"/> Desmayos | Endocrino | <input type="checkbox"/> Devolver la comida | <input type="checkbox"/> Dolor al defecar |
| | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Dolor en el recto |
| | <input type="checkbox"/> Hinchazon de Pies | <input type="checkbox"/> Intolerancia al frio | | |

NOMBRE _____

ALERGIAS

- Nada**
 Penicilina
 Gluten
 Codeina
 Otras Alergias: _____
 Aspirina
 Huevos
 Propofol/Diprivan

 Sulfa
 Latex
 Demerol

 Tetraciclina
 Nueces
 Yodo/Contraste intravenoso

M E D I C A M E N T O S Incluye vitaminas y suplementos

- Nada**
 Mirar mi lista
 Tomo medicamentos pero no recuerdo los nombres

Nombre del Medicamento	Miligramos	Frecuencia	Nombre del Medicamento	Miligramos	Frecuencia

HISTORIA FAMILIAR

- Nada**
- | | |
|--|--|
| <p>Quien (que familiar)?</p> <p>Cancer Pecho _____</p> <p>Cancer Estomago _____</p> <p>Cancer Femenino _____</p> <p>Cancer de Colon _____</p> <p>Enfermedad _____</p> <p>Celiaca _____</p> <p>Otros _____</p> | <p>Quien (que familiar)?</p> <p>Polipos del Colon _____</p> <p>Enfermedad Crohn _____</p> <p>Colitis Ulcerativa _____</p> <p>Cirrosis _____</p> |
|--|--|

HISTORIA SOCIAL

- Consumo de Alcohol**
 Nada
 Diario
 Semanal
 Mensual
 Alcoholico
 Ex-alcoholico
- Tabaco**
 Nunca fumo
 Fumador diario
 Fumador ocasional
 Fumador pasado
- Uso de Drogas**
 Nunca
 Uso regular
 Uso de drogas IV
 Uso previo de drogas

OTRA INFORMACION MEDICA PERTINENTE

Firma _____ **Fecha** _____

Para uso de la oficina _____