

## Historia Inicial y Física

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Razón de la visita \_\_\_\_\_

Nombre del médico primario \_\_\_\_\_

**Historial Médico:** una lista de sus enfermedades / lesiones pasadas y la fecha que ocurrieron-

Lesiones / Enfermedad	Fecha	Lesiones / Enfermedad	Fecha
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Cirugía	Fecha	Cirugía	Fecha
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Historia Social:** Por favor (x) todas las que apliquen a usted personalmente

casado  soltero/a  viuda/o  divorciado/a Lista de su ocupación \_\_\_\_\_

Es usted un fumador?  Si  No En caso afirmativo, cuántos días? \_\_\_\_\_

Si usted ha fumado alguna vez, cuando dejó de fumar \_\_\_\_\_

Bebe usted alcohol?  Si  No En caso afirmativo, cuánto? \_\_\_\_\_

Qué / ha usado alguna vez drogas ilícitas?  Si  No

En caso afirmativo, cuáles? \_\_\_\_\_

¿Alguno de los miembros de su familia tienen alguna de las siguientes enfermedades? Por favor marque (X) todo lo que corresponda:

diabetes  enfermedad del corazón  ataque del corazón

alta presión  infarto cerebral  colesterol alto

Una lista de cualquier alergia a medicamentos que tiene y su reacción a ellos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anote todos los medicamentos que está tomando, tanto recetados y no recetados con la dosis y la frecuencia con?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Marque (X) todas las que apliquen a usted personalmente, por favor:**

**Constitucional :**       pérdida de peso    fatiga    fiebre

**Respiratorio:**       tos    tos con sangre    sibilancias

**Oído, Nariz y**

**Garganta:**       dificultad    zumbido en los oídos    vértigo / mareos    problemas de sinusitis

**Gastrointestinal:**       acidez    náuseas / vómitos    estreñimiento    diarrea  
 cambios en el movimiento tazón    heces negras o alquitranadas  
 sangre en las heces    ictericia    dolor abdominal

**Circulatorio:**       dolor en las piernas al caminar    úlceras en los pies

**Genitourinario:**       dolor al orinar    ardor al orinar    frecuencia urinaria    dificultad para orinar  
 frecuencia urinaria durante la noche  
**Sólo para mujeres:**  períodos anormales

**Hematológica /**

**ILinfático:**       moretones con facilidad    glándula agrandada    sangrado de las encías  
 sangrado que no se cura o detener rápidamente

**Musculoesquelético:**       el dolor y la inflamación en las articulaciones    rigidez en las articulaciones  
 dolor muscular    dolor de espalda    dolor de cuello

**Piel:**       erupciones o llagas    lesiones    picazón / ardor en la piel

**Neurológico:**       convulsiones    debilidad / parálisis    entumecimiento    temblores  
 pérdida de la memoria

**Endocrino:**       pérdida de cabello    calor o intolerancia al frío  
 uñas quebradizas o se rompen fácilmente

**Alérgicas /**

**Inmunológicas:**       fiebre de heno    asma    urticaria / eczema

**Piquiátrico:**       ansiedad    depresión    cambios de humor    insomnio