

## Historia Medica (Health History)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

razón de su visita:

\_\_\_\_\_

¿Ha sido diagnosticado por un médico, cualquiera de lo siguiente?

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mamograma Abnormal    | <input type="checkbox"/> Depresión                       | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia (Alto Colesterol) | <input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo                     |
| <input type="checkbox"/> Anemia                | <input type="checkbox"/> Diabetes                        | <input type="checkbox"/> Hipertensión                     | <input type="checkbox"/> Cancer de la Piel                        |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad              | <input type="checkbox"/> Diverticulitis                  | <input type="checkbox"/> Colon Irritable (SCI)            | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño                          |
| <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> Enfisema                        | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulación        | <input type="checkbox"/> Cancer del Estomago                      |
| <input type="checkbox"/> fibrilación Auricular | <input type="checkbox"/> Infarto Cardiaco                | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal              | <input type="checkbox"/> Embolia                                  |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Falla Cardiaca                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado            | <input type="checkbox"/> Trastorno de Tiroides                    |
| <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos   | <input type="checkbox"/> Soplo Cardiaco -Previo o Actual | <input type="checkbox"/> SARM/MRSA                        | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                             |
| <input type="checkbox"/> Estenosis carotidea   | <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula Cardiaca   | <input type="checkbox"/> Marcapasos                       | <input type="checkbox"/> Ulcerativa Colitis                       |
| <input type="checkbox"/> Claudicación          | <input type="checkbox"/> Hepatitis (Tipo: )              | <input type="checkbox"/> Pancreatitis                     | <input type="checkbox"/> Infección en la vía Urinaria (Frecuente) |
| <input type="checkbox"/> Pólipos del colon     | <input type="checkbox"/> Hiatal Hernia                   | <input type="checkbox"/> Cáncer Rectal                    |   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer del Colon      | <input type="checkbox"/> VIH                             | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática                 |   |
| <input type="checkbox"/> EPOC                  |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn   |  |   |   |

**Historial quirúrgico** (Por favor proporcione la fecha de TODA cirugía previa y el nombre del doctor. Todas las cirugías son relevantes a su cuidado médico.)

vesícula Biliar _____	Extirpación de Colon _____
derivación Cardiaca _____	Apendectomía _____
Amigdalotomía _____	Cirugía de Ulcera _____
Adenoidectomía _____	Cirugía Mamaria _____
Reparación de Hernia _____	válvula Cardiaca _____
Marcapasos _____	Histerectomía _____

**Otras Cirugías** \_\_\_\_\_

**Exámenes Diagnósticos/Revisión** (¿Le han hecho estos algunos de estos?)

Colonoscopia	SI/NO	Cuando _____	Donde _____
Endoscopia Superior	SI/NO	Cuando _____	Donde _____
Mammograma	SI/NO	Cuando _____	Donde _____
Ultrasonido Mamario	SI/NO	Cuando _____	Donde _____

**Historial Familiar:** ¿Algún familiar ha tenido alguno de estos? Si es un sí, por favor indique su relación y que lado de la familia. (**Paternal o Maternal**)

Cáncer de Colon _____	Trastorno Hemorrágico _____
pólipos Colon _____	Enfermedad del Corazón _____
Cáncer Rectal _____	Enfermedad Celiaca _____
Cáncer Uterino _____	Colitis Ulcerativa _____
Cáncer de Ovario _____	Enfermedad de Crohn _____
Cáncer de Páncreas _____	Enfermedades del hígado _____
Cáncer de Próstata _____	Hipertensión _____
Cáncer Estomago _____	Diabetes _____
Cáncer de Mama _____	<b>Otra condición Medica</b> _____

## Continuación del Historial Médico.

### Historial Social

- Fuma                       Nunca ha Fumado                       Fumaba antes: Cuando Dejo: \_\_\_\_\_
- Toma Alcohol: Frecuencia: \_\_\_\_\_                       Uso anterior de Alcohol: Cuando Dejo: \_\_\_\_\_
- Uso de Drogas: Que tipo: \_\_\_\_\_                       Uso anterior de Drogas: Tipo/Cuando Dejo: \_\_\_\_\_
- Consumo de Alcohol Nunca                       Uso de Drogas Nunca

### ¿ACTUALMENTE esta experimentando cualquiera de los siguientes?

#### Sistemático

- Pérdida de Peso
- Aumento de Peso
- Fiebre
- Cansancio

#### Hematológico

- Moretones con facilidad
- Tendencia al sangrado

#### Ojos

- visión borrosa
- Perdida de visión

#### ENT

- Dientes flojos
- Sangramiento nasal frecuente
- Perdida de audición

#### Cuello

- Dolor de cuello
- Rigidez del cuello

#### Cardiaco

- Latido irregular
- Dolor de pecho
- Dolor de pecho con ejercicio
- Evaluado para el dolor de pecho

#### Pulmonar

- Silbido
- Falta de aire
- Tos crónica

#### Gastrointestinal

- Dolor Abdominal
- Regurgitación acida
- Eructación
- Heces negras y alquitranadas
- Hinchazón
- Sangre en las heces
- Cambios en hábitos intestinales
- Estreñimiento
- disminución de apetito
- Diarrea
- Dificultad al tragar
- Acidez estomacal
- Ictericia
- Nausea
- Sangrado rectal
- Escupir sangre
- Vomito

#### Genitourinario

- Sangre en la Orina
- Orina Oscura
- Dolor al orinar

#### Mujeres Solamente

- Bulto del seno
- Lactancia materna
- Embarazo

#### Musculoesquelético

- Dolor de espalda
- Dolor de huesos
- Inflamación de las extremidades

#### Neurológico

- Desmayo
- Adormecimiento
- Debilidad

#### Endocrino

- Sed excesiva
- Orina excesiva
- Intolerancia de temperatura

#### Piel

- Comezón
- Bulto
- Ronchas
- Ulceras

#### Psicológico

- Ansiedad
- Depresión

**FARMACIA PREFERIDA:**

---