

# INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Altura? \_\_\_\_\_ ¿Peso? \_\_\_\_\_

¿Razon de su visita hoy? \_\_\_\_\_

¿Qué examen médico se completó antes de su visita? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enumere todas las enfermedades importantes o problemas medicos:

\_\_\_\_\_

Enumere todas las operaciones y fecha:

\_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos que usted tenga una reacción alérgica y sus síntomas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido un colonoscopia?  Sí  No ¿Qué año? \_\_\_\_\_

Lista de todos los medicamentos que causan alérgia y reacción:

- Mariscos  Yodo  Látex/Pegamento Quirúrgico  Anestesia  
 Otro:

<b>HISTORIA PERSONAL</b>			
Marque cualquiera de las siguientes acciones que ha tenido y cuando:			
	No	Sí	Fecha
Embolia Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Coagulo del la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fiebre reumatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alta presion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problema circulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
La enfermedad cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Murmullos del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Quimoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sangra en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diverticulosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pancreatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cirrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ulcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Embolia Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>			
	No	Sí	Relación Familia <small>Padre, Madre, Hermano(a), Abuelo(a)</small>
Embolia Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Coagulo del la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
La enfermedad cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Embolia Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alta Presion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problema Circulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sangra en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Cosume alchol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Si sí, como cuanto?			_____ ¿Cuánto tiempo? _____
¿Consume tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Si sí, # of cigarillos por el día?			_____ ¿Cuánto tiempo? _____

<b>INFORMACIÓN DE MEDICACIÓN</b>			
	NOMBRE	INTENSIDAD	DOSIS
Prescrito	<input type="checkbox"/> Dilyutente de la sangre		
	<input type="checkbox"/> Píldoras de dieta		
	<input type="checkbox"/>		
Sobre el Contador	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		

# REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

¿Usted ha tenido cualesquiera de estos síntomas recientemente?

## GENERAL

- |                          | NO                       | SÍ                       |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Cambio de peso?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Perdido? _____          |                          |                          |
| ¿Aumentado? _____        |                          |                          |
| ¿En cuánto tiempo? _____ |                          |                          |
| ¿Se siente fatiga(a)?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Fiebre?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Suda en la noche?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## CABEZA

- |                                |                          |                          |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Dolores de cabeza frecuente?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Asimientos?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Lesión en la cabeza?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (Si sí, fecha: ____/____/____) |                          |                          |

## OJOS

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Problema con la vision? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa lentes?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## OIDOS, NARIZ, Y GARGANTA

- |                        |                          |                          |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Problema al escuchar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿La voz ronca?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## GASTRITIS DE INTESTINO

- |                             |                          |                          |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Acidez?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Hinchada después de comer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Problemas al tragar?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Náusea y vomito?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Vomito de sangre?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Diarrea negro?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Estreñimiento?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Hemorroides?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Sangra rectal?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Dolor en el estómago?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Dolor en el abdominal?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## LA ORINA

- |                      |                          |                          |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Orina con dolor?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Sangre en la orina? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## EL CUERPO

- |                         | NO                       | SÍ                       |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Dolor de los musculos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## RESPIRATORIO

- |                                       |                          |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Poca respiración?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Toser?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Toser con sangre?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Bronquitis mas de una<br>ves al mes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## CARDIOVASCULARES

- |                                  |                          |                          |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Dolor en el pecho?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Problema al respirar?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Dolor del corazon?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿A tenido un prueba de esfuerzo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (¿Si sí, cuando? ____/____/____) |                          |                          |

Nombre de Cardiólogo Médico: \_\_\_\_\_

## PRINCIPALES DE LA PIEL

- |                                |                          |                          |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Cambios del color en su piel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cualquier bulto notó?         |                          |                          |
| ¿Bajo sus brazos?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Área de la ingle?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Pecho?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## NEUROLOGICO

- |                |                          |                          |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Convulsiones? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Debilidad?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Parálisis?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## HUMOR

- |                       |                          |                          |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Depresion?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Anciedad?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Problemas de dormir? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## SUEÑO

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Apnea del sueño?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (¿Sí es así, utiliza CPAP?)                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Fecha del ultimo studio<br>del sueño? ____/____/____ |                          |                          |