

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 sintomas:

¿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:

HISTORIA PERSONAL			
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"/>	_____

ANTECEDENTES FAMILIARES			
	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? _____

INFORMACIÓN DE MEDICACIÓN			
	NOMBRE	INTENSIDAD	DOSIS
Prescrito	<input type="checkbox"/> Dilyutente de la sangre		
	<input type="checkbox"/> Píldoras de dieta		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<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 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 del sueño? ____/____/____ | | |