

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

Tome unos minutos para rellenar nuestro formulario de historial de salud. **POR FAVOR** rellene todo, **en todas las páginas**, ANTES DE SU CITA. Sus respuestas ayudarán al proveedor a planear y brindarle su atención médica.

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de hoy: ____/____/____

Peso: _____ Altura: _____ Familiares que vienen a este consultorio: _____ Proveedor de atención médica: _____

Quién le remitió al consultorio: _____ Médico / Coach / Entrenador / Familia /Otro _____
(marque en círculo)

¿Es esta una lesión del trabajo con un reclamo de indemnización laboral? Sí No ¿Tiene una litigación pendiente? Sí No

Nombre del abogado (si es pertinente) _____ Número de teléfono: _____

Nombre de la escuela: _____ Nombre del entrenador: _____ Deporte _____

¿Cuál es la razón principal de esta visita? Marque (✓)

Dedo del pie Pie Talón Tobillo Parte inferior de la pierna Rodilla Muslo Cadera Pelvis Espalda Cuello

Dedo de la mano Mano Muñeca Antebrazo Codo Brazo Hombro Clavícula Costillas

Otro: _____ **BILATERAL** **IZQUIERDO** **DERECHO** (marque uno en círculo)

Diestro Zurdo Ambidiestro

¿Se debe esto a una lesión? Sí No Fecha de la lesión: _____

Si no tiene fecha de la lesión, ¿cuánto tiempo hace que le molesta? _____

Describa dónde y cómo ocurrió el problema: _____

¿Le han hecho un estudio de diagnóstico (radiografías, imagen por resonancia magnética, etc.) para este problema? Sí No

Si responde que sí, indique: _____

Fecha aproximada: _____ Lugar en que lo realizaron: _____

¿Cómo describiría el dolor? Agudo Sordo Punzante Palpitante Vago Ardiente Otro: _____

¿Con qué frecuencia ocurre el dolor? Constante Intermitente Recurrente Otro: _____

¿Ha tenido antes una lesión en esta área? Sí No ¿Le mantiene el dolor despierto por la noche? Sí No

¿Qué tan grave es su dolor? (En una escala entre 0 y 10, en donde 10 es el peor) _____

Tiene alguno de los siguientes: Inflamación Moretones Hormigueo Debilidad Enrojecimiento Adormecimiento

Desde que mi problema comenzó, ahora está: Mejor Peor Igual

¿Qué hace que los síntomas empeoren? Estar de pie Caminar Levantar objetos Doblarse Hacer ejercicio Torcer el cuerpo Ponerse en cuclillas Ponerse de rodillas Subir escaleras Sentarse Toser/estornudar Otro: _____

¿Qué hace que los síntomas mejoren? Descanso Hielo Calor Otro: _____

¿Ha recibido tratamiento para esta afección? Sí No Si responde que sí, médico que le atendió / sala de emergencia: _____

Describa el tratamiento: _____

¿Qué medicamentos ha tomado para este problema? _____

¿Tuvo alivio con esos medicamentos? Sí No Alivio parcial Alivio temporal ¿Cuánto tiempo? _____

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

Chequeo integral Marque en el cuadro (✓) al lado de **SÍ** en cada línea y si lo deja en blanco se asume que la respuesta es **NO**.

¿No tiene síntomas? (Todas las respuestas a continuación son NO).

GENERALES

- ¿Pérdida del apetito? Sí
- ¿Escalofríos? Sí
- ¿Fuerte sudor en la noche? Sí
- ¿Se siente cansado o fatigado? Sí
- ¿Fiebre? Sí
- ¿Baja de peso recientemente? Sí
- ¿Aumento de peso recientemente? Sí

CABEZA, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA

- ¿Drenaje del oído? Sí
- ¿Pérdida auditiva? Sí
- ¿Congestión nasal? Sí
- ¿Dolor facial? Sí
- ¿Zumbido de oídos (acúfenos)? Sí
- ¿Dificultad para tragar? Sí
- ¿Ronquera? Sí

OJOS

- ¿Sensibilidad a la luz? Sí
- ¿Pérdida o empeoramiento de la visión? Sí
- ¿Ve doble (diplopia)? Sí

RESPIRATORIO/ CARDÍACO

- ¿Tos? Sí
- ¿Dificultad para respirar (disnea)? Sí
- ¿Sibilancia? Sí
- ¿Dolor en el pecho? Sí
- ¿Inflamación de las extremidades? Sí
- ¿Palpitación cardíaca irregular? Sí

GASTROINTESTINAL

- ¿Acidez estomacal? Sí
- ¿Dolor abdominal? Sí
- ¿Heces negras o sangre en las heces? Sí
- ¿Estreñimiento? Sí
- ¿Diarrea? Sí
- ¿Náusea? Sí
- ¿Vomito? Sí
- ¿Piel u ojos amarillentos (ictericia)? Sí

METABÓLICO / ENDOCRINO

- ¿Intolerancia al frío? Sí
- ¿Intolerancia al calor? Sí

GENITOURINARIOS

- ¿Dolor al orinar? Sí
- ¿Orinar con frecuencia? Sí
- ¿Sangre en la orina? Sí
- ¿Incontinencia urinaria o necesidad imperiosa de orinar? Sí

MÚSCULO ESQUELÉTICO

- ¿Fracturas de repente sin explicación? Sí
- ¿Dolor de las articulaciones o los huesos? Sí
- ¿Inflamación de las articulaciones? Sí
- ¿Rigidez de las articulaciones? Sí

PIEL

- ¿Piel cianótica? Sí
- ¿Erupción cutánea? Sí
- ¿Picazón en la piel? Sí

INMUNOLÓGICO

- ¿Alergia de temporada? Sí
- ¿Asma? Sí

NEUROLÓGICO

- ¿Mareo? Sí
- ¿Dolor de cabeza? Sí
- ¿Vértigo? Sí
- ¿Adormecimiento / hormigueo? Sí
- ¿Convulsiones? Sí
- ¿Desmayo (síncope)? Sí
- ¿Movimientos involuntarios (temblores)? Sí
- ¿Debilidad muscular? Sí
- ¿Se siente débil cuando hace esfuerzo? Sí
- ¿Pérdida de la memoria? Sí
- ¿Coordinación deficiente? Sí

HEMATOLÓGICO

- ¿Sangra con facilidad? Sí
- ¿Le salen moretones con facilidad? Sí

PSIQUIÁTRICO

- ¿Depresión? Sí
- ¿Ansiedad? Sí
- ¿Insomnio (dificultad para dormir)? Sí

Indique cualquier otro síntoma:

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

Problemas médicos (indique todos los problemas médicos actuales y anteriores)

Artritis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Historial de SARM o ERV	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Cáncer	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Depresión	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Otros problemas médicos: _____	
Cardiopatía coronaria	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Problemas de los pulmones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Diabetes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Colesterol alto	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Cardiopatía	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Úlceras estomacales	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Hipertensión	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Apnea al dormir	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Embarazada o amamantando	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		

SARM (*Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina)
ERV (Enterococos resistentes a la vancomicina)

Historial quirúrgico Marque (✓) todas las que sean pertinentes

<input type="checkbox"/> Neurocirugía	<input type="checkbox"/> Tiroides
<input type="checkbox"/> Histerectomía	<input type="checkbox"/> Apendicectomía
<input type="checkbox"/> Amigdalectomía	<input type="checkbox"/> Próstata
<input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación	<input type="checkbox"/> Reparación de hernia
<input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca	<input type="checkbox"/> Vesícula biliar
<input type="checkbox"/> Cirugía de la mama	<input type="checkbox"/> Otro:

Por favor describa cualquier otra cirugía mayor y previas hospitalizaciones:

MEDICAMENTOS ACTUALES: Anote todos los medicamentos: puede agregar más al reverso

Medicamentos	Vitaminas y suplementos sin receta médica	Dosis	¿Con qué frecuencia?	Proveedor
Ej.: Lasix		20 mg	Dos veces al día	Dr. Jones
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

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

Farmacia preferida: _____

ALERGIAS: Indique todas las alergias y el tipo de reacción (por ej., erupción por sulfa, náusea por la codeína, etc.)

Alergias	Tipo de reacciones
1.	
2.	
3.	
4.	

HISTORIAL FAMILIAR: Marque o agregue los familiares según se aplique

Enfermedad	Parentesco con usted
<input type="checkbox"/> Problema desconocido	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Problema con la anestesia	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Huesos rotos	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Trastornos de coagulación	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad del tejido conjuntivo	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro: _____

HISTORIAL SOCIAL: Marque o responda cada pregunta.

Uso de tabaco:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Anteriormente (año en que lo dejó) ____ <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Exposición al humo <input type="checkbox"/> Cigarrillos electrónicos <input type="checkbox"/> Otro: ____
Uso de alcohol:	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Bebedor social/ocasional <input type="checkbox"/> _____ N.º de bebidas alcohólicas al día
Uso de drogas:	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Otro uso: _____
Activo sexualmente:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - con <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Ambos N.º de parejas sexuales _____
Empleo:	¿Trabajo u ocupación actual? _____
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero ¿N.º de hijos? _____ ¿N.º de nietos? _____

A mí mejor entender, las preguntas en este formulario han sido respondidas con exactitud. Entiendo que el proporcionar la información incorrecta puede ser dañino a mi salud. Es mi responsabilidad informarle al personal del médico de cualquier cambio en mi estado de salud. También, autorizo al personal de atención médica a que realicen los servicios necesarios que yo podría necesitar.

Firma del paciente, padre o tutor legal: _____ Fecha: ____/____/____