

**HISTORIA Y REVISIÓN  
DE LOS SISTEMAS**

FRENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Médico que remite: \_\_\_\_\_

¿Por qué está aquí hoy? \_\_\_\_\_

¿Desde hace cuánto tiempo ha tenido este problema? \_\_\_\_\_ Teléfono o ubicación de su farmacia: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO ACTUAL: Marque (✓) en todas las que correspondan:**

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco anormal            | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica                                    | <input type="checkbox"/> Epilepsia  | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado           |
| <input type="checkbox"/> Anemia                            | <input type="checkbox"/> Pólipos del colon  | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón                                  | <input type="checkbox"/> Azúcar baja en la sangre        |
| <input type="checkbox"/> Aneurisma                         | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva  | <input type="checkbox"/> Hernia hiatal/trastorno de reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Neumonía                        |
| <input type="checkbox"/> Artritis                          | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria   | <input type="checkbox"/> Colesterol alto                                    | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales             |
| <input type="checkbox"/> Asma                              | <input type="checkbox"/> Depresión  | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta/baja                         | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular       |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: TIPO _____                | <input type="checkbox"/> Diabetes: <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II | <input type="checkbox"/> Dispositivo implantado                             | <input type="checkbox"/> Accidente isquémico transitorio |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria carótida | <input type="checkbox"/> Enfisema   | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal/cálculos                          | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides       |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis del hígado               |   |   | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                    |
|  |   |   | <input type="checkbox"/> Úlceras                         |

**ALERGIAS: Describa todas las alergias a medicamentos y a alimentos y el tipo de reacción (ejemplo: sarpullido por sulfa, náusea por codeína, etc.).**

Alergia:	Tipo de reacción:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

¿Es alérgico al látex?  Sí  No

Encierre en un círculo cualquiera de los siguientes medicamentos que esté tomando actualmente de manera regular:

Aspirina      Medicamento para la artritis      Xarelto      Eliquis      coumadina/warfarina      Otros anticoagulantes

**MEDICAMENTOS ACTUALES: Descripción de todos los medicamentos:**

Medicamento	Vitaminas y suplementos de venta libre	Dosificación	¿Con qué frecuencia?	Proveedor
Ejemplo: Lasix		20 mg	Dos veces al día	Dr. Jones
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

**HISTORIAL QUIRÚRGICO:**

Apendisectomía – Fecha: _____	Endoscopia – Fecha: _____
Espalda/cuello – Fecha: _____	Vesícula biliar – Fecha: _____
Bariátrica – Fecha: _____	Reparación de la hernia – Fecha: _____
Senos – Fecha: _____	Histerectomía – Fecha: _____
Cardíaco – Fecha: _____	Reflujo – Fecha: _____
Colon – Fecha: _____	Tiroides – Fecha: _____
Colonoscopia – Fecha: _____	Otras cirugías abdominales – Fecha: _____

## HISTORIA Y REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

DETRÁS

**HISTORIAL FAMILIAR: Marque o describa a todos los miembros de la familia que correspondan**

Enfermedad:	Relación con usted (encierre en un círculo)					Vivo	Fallecido
Aneurisma cerebral	Madre	Padre	Hermano (a)	Hijo (a)	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	Madre	Padre	Hermano (a)	Hijo (a)	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	Madre	Padre	Hermano (a)	Hijo (a)	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del corazón	Madre	Padre	Hermano (a)	Hijo (a)	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	Madre	Padre	Hermano (a)	Hijo (a)	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de tiroides	Madre	Padre	Hermano (a)	Hijo (a)	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente cerebrovascular	Madre	Padre	Hermano (a)	Hijo (a)	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**HISTORIAL SOCIAL: Marque o describa todo lo corresponda.**

**Uso de tabaco:**  Actual/Ex fumador (Año en que dejó de fumar \_\_\_\_\_)  Nunca  Exposición al humo  Cigarros electrónicos  Otros: \_\_\_\_\_

**Uso de alcohol:**  Nunca ha tomado  Bebedor ocasional: \_\_\_\_\_ N.º de bebidas/día de alcohol

**Uso de drogas:**  Ninguna  Otros usos: \_\_\_\_\_

**Uso de cafeína:**  No  Sí – cuánto: \_\_\_\_\_

**Estado civil:**  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Soltero(a) Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

N.º de hijos \_\_\_\_\_ N.º de nietos \_\_\_\_\_

**REVISIÓN DE LOS SISTEMAS: Marque todos los que esté *experimentando* actualmente:**

**Historial general:**

- Aumento de peso
- Pérdida de peso
- Aumento de fatiga
- Problemas para dormir
- Aumento de apetito

**Oídos/nariz/garganta:**

- Carraspera
- Atoramiento
- Dolor de garganta
- Dolor de oídos
- Secreción de los senos nasales

**Neurológico:**

- Debilidad muscular
- Entumecimiento
- Convulsiones
- Pérdida de la memoria/demencia

**Vascular:**

- Mini Accidentes isquémicos transitorios
- Dolor en las piernas cuando camina
- Calambres en las piernas

**Gastrointestinal:**

- Acidez
- Regurgitación
- Dificultad para tragar
- Dolor abdominal
- Náusea
- Vómitos
- Inflamación
- Sensación de llenura
- Sangrado rectal
- Estreñimiento
- Diarrea
- Cambio en el tamaño/color de las heces
- N.º de evacuaciones/día: \_\_\_\_\_

**Senos (mujeres):**

- Masa en los senos
- Secreción de los pezones:  
Si es así, ¿de qué color? \_\_\_\_\_
- Dolor/sensibilidad en los senos
- Cambios en la apariencia
- Historial familiar de cáncer de seno

**Hematológico/Linfático:**

- Sanación lenta después de cortarse
- Moretones o sangrado fácil
- Anemia
- Flebitis
- Transfusión previa
- Glándulas agrandadas

**Ginecólogo/Obstetra (mujeres):**

- Fecha del último período \_\_\_\_\_
- Edad de la menstruación \_\_\_\_\_
- Menopausia

**Alergias/Inmunológico:**

- Historial de reacción de la piel a: \_\_\_\_\_
- Penicilina u otros antibióticos
- Morfina y otros narcóticos
- Novocaína u otros anestésicos
- Tétanos u otros sueros
- Yodo u otros antisépticos
- Alergias a alimentos conocidas \_\_\_\_\_

**Respiratorio:**

- Dificultad para respirar
- Sibilancia
- Tos:  Mucosidad  Sangre

**Genitourinario:**

- Dificultad para orinar
- Orina frecuentemente durante la noche
- Sangre en la orina
- Pérdida del control de la vejiga
- Flujo débil

**Cardíaco:**

- Dolor de pecho
- Palpitaciones
- Pies hinchados
- Dificultad para respirar (cuando está acostado en forma plana)
- Catéter cardíaco:  
Si es así, cuándo: \_\_\_\_\_
- Prueba de resistencia cardíaca:  
Si es así, cuándo: \_\_\_\_\_

**Endocrino:**

- Problemas glandulares u hormonales
- Enfermedad de la tiroides
- Sed o orina excesiva
- Intolerancia al calor o frío