



FECHA: _____ NOMBRE: _____ Fecha de nacimiento: _____

Peso: _____ Estatura: _____ Presión arterial: ____/____ Frecuencia cardíaca: _____ Resp: _____ O₂: _____ Temp: _____

¿Por qué problema está aquí? _____

¿Por cuánto tiempo ha tenido este problema? _____

¿Quién le refirió? _____ Médico de atención primaria: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS: ¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones?

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco anormal | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cálculos renales |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral/TIA | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Enfisema/EPOC | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria carótida | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides | <input type="checkbox"/> Azúcar baja en la sangre |
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado/Hepatitis | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica | <input type="checkbox"/> Síncope | <input type="checkbox"/> Claustrofobia |

Otros: _____

¿Alguna vez ha tenido cáncer? Sí No ¿En que parte de su cuerpo? _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes cirugías?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la espalda | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del cuello | <input type="checkbox"/> STENT cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Reparación del túnel carpiano | <input type="checkbox"/> Injerto de derivación de la arteria coronaria (CABG, por sus siglas en inglés) |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de arteria carotida | <input type="checkbox"/> Dispositivos implantados |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cerebral | <input type="checkbox"/> Histerectomía |

Otros: _____

ANTECEDENTES SOCIALES:

Consumo de alcohol: Sí No ¿Frecuencia? _____ Bebidas con cafeína al día: _____

Consumo de productos de tabaco: Sí No Número de paquetes por día: _____ ¿Está bajo estrés? Sí No

¿Trabaja actualmente? Sí No Ocupación? _____ Casado Divorciado Viudo Soltero

¿Incapacidad? Sí No Pendiente Solicitando

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR: ¿Alguno de sus familiares sanguíneos, tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones? Indique el parentesco.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal _____ | <input type="checkbox"/> Historial de demencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Alta presión _____ | <input type="checkbox"/> Neuropatía _____ | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas _____ |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral _____ | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de espalda _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Artritis _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza _____ | <input type="checkbox"/> Aneurisma cerebral _____ | <input type="checkbox"/> Temblores _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | | |

REVISIÓN DE SISTEMAS (Encierre en un círculo cualquiera de los siguientes síntomas que haya experimentado en los últimos 6 meses.):

Constitucional

Cambio de actividad
Cambio de apetito
Fatiga
Fiebre
Cambio de peso inesperado

Cabeza, Oídos, Nariz y Garganta

Congestión
Dolor de oídos
Pérdida de audición
Hemorragias nasales
Nariz mucosa
Dolor de Sinusitis
Dolor de Garganta
Zumbido en los oídos
Dificultad para tragar
Cambio en la voz

Ojos

Dolor de ojos
Enrojecimiento de los ojos
Sensibilidad a la luz
Trastorno visual

Respiratorio

Presión en el pecho
Tos
Falta de aliento

Cardiovascular

Dolor en el pecho
Inflamación de las piernas
Palpitaciones

Gastrointestinal

Distensión abdominal
Dolor abdominal
Estreñimiento
Diarrea
Nausea
Vomito

Endocrino

Intolerancia al frío
Intolerancia al calor

Genitourinario

Gran cantidad de orina
Dolor al orinar
Frecuencia urinaria

Musculo esquelético

Dolor en las articulaciones
Dolor en la espalda
Dificultad para caminar
Inflamación de articulaciones
Dolor muscular
Dolor del cuello

Piel

Cambio de color
Salpullido

Alergias/Sistema Inmune

Alergias a los alimentos
Inmunocomprometido

Neurológico

Vértigo
Dolores de cabeza
Aturdimiento (Mareo)
Entumecimiento
Convulsiones
Dificultades del habla

Síncope

Temblores

Debilidad

Pérdida de la memoria

Hormigueo

Fuera de balance

Hematológico

Moretones/Sangrado fácil

Psiquiátrico

Agitación

Problemas de conducta

Confusión

Disminución de la concentración

Mal humor persistente

Alucinaciones

Nervioso/Ansioso

Alteración del sueño

