

Bienvenido a nuestra clínica. Por favor, ayúdenos a completar su documentación. Si tiene alguna pregunta sobre este documento, no dude en preguntar al personal de la oficina, al la enfermera o al médico.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Medicamentos y dosis:

Con receta	1	_____	6	_____
	2	_____	7	_____
	3	_____	8	_____
	4	_____	9	_____
	5	_____	10	_____
Sin receta	1	_____	3	_____
	2	_____	4	_____

¿Tiene alergias?

Medicamentos	1	_____	3	_____
	2	_____	4	_____

Alergias a comidas u otras sustancias _____

Historia medica

	Si	No		Si	No
Alcoholismo	_____	_____	Hepatitis	_____	_____
Anemia	_____	_____	Hipertensión	_____	_____
Artritis	_____	_____	Enfermedad del riñón	_____	_____
Asma	_____	_____	Enfermedad del hígado	_____	_____
Problemas do sangrado	_____	_____	Enfermedad pulmonar	_____	_____
Coágulos	_____	_____	Enfermedad mental	_____	_____
Transfusiones de sangre	_____	_____	Migrañas	_____	_____
Cáncer	_____	_____	Descalcificación en huesos	_____	_____
Colesterol elevado	_____	_____	Neumonía o pulmonía	_____	_____
Depresión	_____	_____	Epilepsia o convulsiones	_____	_____
Diabetes	_____	_____	Trombosis en el cerebro	_____	_____
Abuso de drogas	_____	_____	Problemas de tiroides	_____	_____
Piedras en la vesícula	_____	_____	Tuberculosis	_____	_____
Glaucoma	_____	_____	Ulceras de estomago	_____	_____
Enfermedad del corazón	_____	_____	Otras enfermedades	_____	_____

Enfermedades de la infancia

	Si	No		Si	No
Sarampión (chicken pox)	_____	_____	Tos ferina (Whooping cough)	_____	_____
Rubéola (measels)	_____	_____	Escarlatina (scarlet fever)	_____	_____
Paperas (mumps)	_____	_____	Fiebre reumática	_____	_____

Biopsias y cirugías pasadas (por favor, incluya la fecha)

1 _____ 3 _____
2 _____ 4 _____

Hospitalizaciones (por favor, incluya la fecha)

1 _____ 3 _____
2 _____ 4 _____

Historia ginecológica

Numero do: embarazos _____ Nacimientos _____ Pérdidas de embarazo _____ abortos _____
Edad cuando vino el primer período _____ Edad cuando vino la menopausia _____
¿Hace exámenes do los senos mensualmente? Si _____ No _____

Por favor, indique si alguna vez ha tenido lo siguiente:

	Si	No		Si	No
Mamografía anormal	_____	_____	Tratamiento hormonal	_____	_____
Papanicolau anormal	_____	_____	Pastillas anticonceptivas	_____	_____
Dietil-etil-bestrol (DES)	_____	_____	Enfermedad de transmisión sexual	_____	_____
Endometriosis	_____	_____	Enfermedad inflamatoria pélvica	_____	_____
Histerectomía	_____	_____	Miomas en el útero	_____	_____

Estilo de vida

Profesión _____

¿Ha estado expuesto a lo siguiente?

	Si	No		Si	No
Asbestos	_____	_____	Radiación	_____	_____
Humo/fumador pasivo	_____	_____	Substancias químicas	_____	_____

Tabaco:

¿Ha fumado alguna vez? _____
Si ha dicho que sí, ¿a que edad empezó? _____
¿cuántos paquetes diarios? _____
¿dejó de fumar? _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____

Alcohol:

Número de bebidas en una semana normal _____

Bebida alcohólica preferida (o preferidas) _____

Cafeina:

Número de tazas de café u otras bebidas con cafeína diarias _____

	Si	No		Si	No
¿Utiliza drogas?	_____	_____	¿Usa protector solar?	_____	_____
¿Hace ejercicio regularmente?	_____	_____	¿Usa cinturón de Seguridad?	_____	_____

Historia de la familia:

Por favor, indique edad y estado de salud:

Padre _____ Madre _____
Hermanos _____
Hermanas _____
Hijos _____
Hijas _____
Abuelos _____
Abuelas _____

Por favor, indique si algún pariente tiene alguna de las siguientes condiciones. Si responde afirmativamente, escriba el parentesco (por ejemplo, tía materna):

	Si	No	Parentesco		Si	No	Parentesco
Alcoholismo	_____	_____	_____	Leucemia	_____	_____	_____
Anemia	_____	_____	_____	Enferm. del hígado	_____	_____	_____
Artritis	_____	_____	_____	Cáncer de pulmón	_____	_____	_____
Asma	_____	_____	_____	Excesivo sangrado	_____	_____	_____
Linfoma	_____	_____	_____	Cáncer del seno	_____	_____	_____
Melanoma	_____	_____	_____	Enfermedad mental	_____	_____	_____
Migrañas	_____	_____	_____	Cáncer de colon	_____	_____	_____
Osteoporosis	_____	_____	_____	Colesterol elevado	_____	_____	_____
Depresión	_____	_____	_____	Cáncer de ovario	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____	Cáncer de próstata	_____	_____	_____
Hepatitis	_____	_____	_____	Enferm. del corazón	_____	_____	_____
Trombosis	_____	_____	_____	Cáncer de piel	_____	_____	_____
Hipertensión	_____	_____	_____	Problemas de riñón	_____	_____	_____
Úlceras	_____	_____	_____	Enferm. De Hodgkin	_____	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____	_____	Otros	_____	_____	_____

Medicina preventiva:

Vacunas (por favor, indique fechas)

Gripe _____
Hepatitis A _____
Hepatitis B _____
Sarampión (MMR) _____
Neumococo (pneumonía) _____
Tétano _____

Por favor, indique fecha del estudio más reciente:

Papanicolaou _____
mamografía _____
Sigmoidoscopia _____
Examen de la vista _____
Examen de la próstata _____
Colesterol _____
Prueba de la tuberculosis _____

Revisión de sistemas (por favor, indique si tiene los siguientes síntomas):

	Si	No		Si	No
General	_____	_____	Gastrointestinal	_____	_____
Pérdida de peso	_____	_____	Dificultad para tragar	_____	_____
Aumento de peso	_____	_____	Vómitos	_____	_____
Fiebres	_____	_____	Náusea	_____	_____
Sudores excisivos	_____	_____	Dolor abdominal	_____	_____
Nódulos linfaticos inflamados	_____	_____	Extreñimiento	_____	_____
Pérdida de apetito	_____	_____	Diarrea	_____	_____
Cansancio	_____	_____	Sangre en heces	_____	_____
			Hemorroides	_____	_____
Piel			Ictericia, cambio de color en la piel	_____	_____
Dermatitis	_____	_____			
Hematomas	_____	_____	Urinario	_____	_____
Cambios en un lunar	_____	_____	Sangre en la orina	_____	_____
			Dolor al orinar	_____	_____
Oftalmología			Pérdida involuntaria de orina	_____	_____
Vista borrosa	_____	_____			
Ojos rojos	_____	_____	Ginecológico		
Visión Doble	_____	_____	Aumento de secreción vaginal	_____	_____
Ceguera	_____	_____	Menstruaciones con mucho sangrado	_____	_____
Dolor de ojos	_____	_____	Sangrado entre periodos	_____	_____
Oídos			Musculoesquelético		
Sordera	_____	_____	Dolor o hinchazón articular	_____	_____
Líquido en los oídos	_____	_____	Dolor de espalda	_____	_____
Silbidos o sonidos anormales	_____	_____	Contracturas en las piernas	_____	_____
Nariz y garganta			Neurología		
Dolor de senos nasales	_____	_____	Dolores de cabeza	_____	_____
Ronquera	_____	_____	Debilidad muscular	_____	_____
Dolor de garganta	_____	_____	Desmayos	_____	_____
			Pérdida de memoria	_____	_____
Pulmones			Parálisis	_____	_____
Dificultad para respirar	_____	_____	Convulsiones	_____	_____
Tos	_____	_____	Falta de coordinación	_____	_____
Sangre al toser	_____	_____	Dificultad al hablar	_____	_____
corazón			Psicología		
Dolor de pecho	_____	_____	Depresión	_____	_____
Palpitaciones	_____	_____	Dificultad para dormir	_____	_____
Hinchazón en los tobillos	_____	_____	Ansiedad	_____	_____
Senos					
Masas anormales	_____	_____			
Dolor	_____	_____			
Secreciones anormales	_____	_____			