

Medical History ▪ Historia médica

Date ▪ Fecha: _____

Patient Name ▪ Nombre del paciente: _____

DOB ▪ Fecha de nacimiento: _____

Primary Care Physician ▪ Médico de atención primaria: _____

Allergies to Medications ▪ Alergias a medicamentos: _____

Other Allergies (i.e. Latex, Dye, Food) ▪ Otras Alergias (por ejemplo, látex, agente de contraste, alimentos): _____

Health Problems ▪ Problemas de salud — Check all that apply // Marque todas las que correspondan

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|
| Yes
Sí | No
No | | Yes
Sí | No
No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stroke ▪ Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergies ▪ Alergias |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Heart Disease ▪ Enfermedad cardiaca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kidney Disease ▪ Enfermedades renales |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Heart Attack ▪ Ataque de corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jaundice/Hepatitis ▪ Ictericia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rheumatic Fever ▪ Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | High Blood Pressure ▪ Hipertensión arterial |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Emphysema ▪ Enfisema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cancer ▪ Cáncer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Back Problems ▪ Problemas de espalda |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pneumonia ▪ Neumonía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arthritis ▪ Artritis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bleeding/Clotting Problems ▪ Hemorragia o problemas de coagulación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stomach/Ulcer Problem ▪ Trastornos estomacales o úlceras |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Speech/Hearing Problems ▪ Problemas con el habla o audición | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blood Transfusions ▪ Transfusiones de sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Other ▪ Otros |
- Date ▪ Fecha _____

Previous Surgeries ▪ Historial quirúrgico — Check all that apply ▪ Marque todas las que correspondan

- | | | | | | | | |
|--------------------------|--|-------|--------------|--------------------------|---|-------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Ear/Nose/Throat
Oído/Nariz/Garganta | _____ | Date ▪ Fecha | <input type="checkbox"/> | Hysterectomy ▪ Histerectomía | _____ | Date ▪ Fecha |
| <input type="checkbox"/> | Appendectomy ▪ Apéndice | _____ | | <input type="checkbox"/> | Hernia | _____ | |
| <input type="checkbox"/> | Eye ▪ Ojos | _____ | | <input type="checkbox"/> | Hemorrhoid ▪ Hemorroides | _____ | |
| <input type="checkbox"/> | Breast ▪ Senos | _____ | | <input type="checkbox"/> | Back/Neck ▪ Espalda o cuello | _____ | |
| <input type="checkbox"/> | Gallbladder ▪ Vesícula biliar | _____ | | <input type="checkbox"/> | Joints (Hip/Knee) ▪ Articulaciones (cadera/rodilla) | _____ | |
| <input type="checkbox"/> | Heart/Vascular
Cardiaca/Vascular | _____ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Other ▪ Otras | _____ | | | | | |

Other Hospitalizations ▪ Otras hospitalizaciones _____

Family History ▪ Historia familiar

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Heart Disease ▪ Enfermedades cardiacas | <input type="checkbox"/> | Cancer ▪ Cáncer |
| <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | Stroke ▪ Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> | High Blood Pressure ▪ Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> | Other ▪ Otras _____ |

Social History ▪ *Historia social*

Do you or have you ever smoked? ▪ *¿Fuma o ha fumado en el pasado?* _____

How much a day? ▪ *¿Cuántos al día?* _____

Do you consume alcohol? ▪ *¿Toma bebidas alcohólicas?* _____

How much a day? ▪ *¿Cuántas al día?* _____

Do you use illegal drugs? ▪ *¿Usa drogas ilegales?* _____

How much a day? ▪ *¿Cuántas al día?* _____

Current Medications/Prescription or Over the Counter ▪ *Medicamentos que toma actualmente, recetados o no*

Name of Medication
Nombre del medicamento

Dosage
Dosis

Pharmacy ▪ *Farmacia*

Name ▪ *Nombre:* _____

Address ▪ *Dirección:* _____

Phone Number ▪ *Numero de teléfono:* _____

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

¿Actualmente tiene alguno de los siguientes?

Síntomas generalizados

- Buen estado de salud general últimamente No Sí
- Aumento de peso reciente No Sí
- Pérdida de peso reciente No Sí
- Fiebre No Sí
- Cansancio No Sí

Ojos

- Enfermedad o lesión en ojos No Sí
- Usa anteojos/lentes de contacto No Sí
- Visión borrosa o doble No Sí
- Glaucoma No Sí

Oídos/Nariz/Garganta/Boca

- Pérdida de la audición o zumbidos No Sí
- Dolores o secreción de oídos No Sí
- Problemas crónicos de los senos nasales o rinitis No Sí
- Sangrados nasales No Sí
- Úlceras en la boca No Sí
- Hemorragias de las encías No Sí
- Mal aliento o alteración del gusto No Sí
- Dolor de garganta No Sí
- Cambios en la voz No Sí
- Ganglios linfáticos inflamados en el cuello No Sí

Cardiovasculares

- Problemas cardíacos No Sí
- Dolor de pecho o angina de pecho No Sí
- Palpitaciones No Sí
- Dificultad para respirar cuando camina No Sí
- Dificultad para respirar acostado No Sí
- Inflamación de pies, tobillos o manos No Sí

Respiratorios

- Tos crónica o frecuente No Sí
- Escupir sangre No Sí
- Falta de aire No Sí
- Dificultad para respirar No Sí
- Sibilancias No Sí

Psiquiátricos

- Pérdida de la memoria o confusión No Sí
- Nerviosismo No Sí
- Depresión No Sí
- Insomnio No Sí

Gastrointestinales

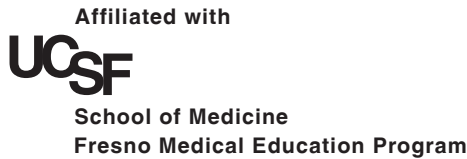
- Pérdida del apetito No Sí
- Cambios en los movimientos de intestino No Sí
- Náuseas o vómitos No Sí
- Diarreas frecuentes No Sí
- Movimientos de intestino dolorosos No Sí
- Estreñimiento No Sí
- Sangrado rectal o sangre en las heces No Sí
- Dolor de estómago o acidez No Sí
- Úlcera péptica (estomacal o duodenal).... No Sí

Genitourinarios

- Micción frecuente No Sí
- Ardor o dolor al orinar No Sí
- Sangre en la orina No Sí
- Cambios en la fuerza de evacuación cuando orina No Sí
- Incontinencia o pérdidas de orina No Sí
- Cálculos renales No Sí
- Dificultades sexuales No Sí
- Hombres: dolor de testículos No Sí
- Mujeres: menstruaciones dolorosas No Sí
- Mujeres: períodos irregulares No Sí
- Mujeres: secreción vaginal No Sí

Musculoesqueléticos

- Dolor articular No Sí
- Rigidez o inflamación de las articulaciones No Sí
- Debilidad muscular/ de las articulaciones No Sí
- Dolor o calambres musculares No Sí
- Dolor de espalda No Sí
- Extremidades frías No Sí
- Dificultades para caminar No Sí



Tegumentarios (piel, senos)

- Comezón o urticaria No Sí
- Cambios del color de la piel..... No Sí
- Cambios en el cabello o las uñas No Sí
- Venas varicosas No Sí
- Dolor de senos No Sí
- Bulto en el seno..... No Sí
- Secreción de los senos

Neurológicos

- Dolores de cabeza frecuentes
o recurrentes No Sí
- Aturdimiento o mareos No Sí
- Convulsiones No Sí
- Entumecimiento u hormigueo..... No Sí
- Temblores..... No Sí
- Parálisis No Sí
- Accidente cerebrovascular No Sí
- Lesiones de cráneo

Endócrinos

- Problemas glandulares u hormonales No Sí
- Enfermedades de la tiroides..... No Sí
- Diabetes No Sí
- Sed o micción excesiva No Sí
- Intolerancia al calor o al frío No Sí
- Piel cada vez más seca..... No Sí
- Cambios en el talle del sombrero
o de los guantes..... No Sí

Hematológicos/Linfáticos

- Cicatrización lenta con los cortes..... No Sí
- Tendencia a las hemorragias
o los hematomas No Sí
- Anemia..... No Sí
- Flebitis..... No Sí
- Agrandamiento de las glándulas..... No Sí

Alérgicos/Inmunológicos

Reacción cutánea u otra reacción adversa a:

- Penicilina u otros antibióticos..... No Sí
- Morfina, Demerol u otros narcóticos..... No Sí
- Novocaína u otros anestésicos No Sí
- Aspirina u otros analgésicos No Sí
- Antitoxina tetánica u otros sueros No Sí
- Yodo, Merthiolate u otros antisépticos..... No Sí