

Antecedentes Médicos (Medical History)

Nombre completo del paciente (Patient's Full Name): _____ Edad (Age): _____ Fecha (Date): _____

Médico remitente (Referring Doctor): _____ Médico principal (Regular Doctor): _____

Razón de su Visita (Reason for Visit): _____

Antecedentes Médicos: Usted padece de o alguna vez ha sido tratado por (marque todos que apliquen): (Past Medical History)

CARDÍACO (Cardiac)

- ☐ Ataque Cardíaco (Heart attack)
- ☐ Enfermedad de las arterias coronarias (Coronary artery disease)
- ☐ Presión Arterial Alta (High blood pressure)
- ☐ Insuficiencia Cardíaca (Heart failure)
- ☐ Latido cardíaco irregular (Irregular heart beat)
- ☐ Colesterol alto (High cholesterol)
- ☐ Marcapasos (Pacemaker)

PULMONAR (Pulmonary)

- ☐ Enfisema (Emphysema)
- ☐ Asma (Asthma)
- ☐ Bronquitis Crónica (Chronic bronchitis)
- ☐ Apnea del Sueño (Sleep apnea)

GASTROINTESTINAL

- ☐ Hepatitis
- ☐ Acidez estomacal crónica (Chronic heart burn)
- ☐ Úlceras (Ulcers)
- ☐ Diverticulosis
- ☐ Pólipos (Polyps)
- ☐ Hernia de Hiato (Hiatal hernia)

GENITOURINARIO (Genitourinary)

- ☐ Falla renal (Kidney failure)
- ☐ Cálculos renales (Kidney stones)
- ☐ Infección renal (Kidney infections)
- ☐ Infección urinaria crónica (Chronic urinary infection)

ENDOCRINO (Endocrine)

- ☐ Diabetes
- ☐ Problemas de la glándula tiroides (Thyroid problems)

NEUROLÓGICO (Neurological)

- ☐ Accidente cerebrovascular (Stroke)
- ☐ Convulsiones/Ausencias (Seizures)

HEMATOLÓGICO (Hematological)

- ☐ Anemia
- ☐ Coágulos de sangre (Blood clots)
- ☐ Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (HIV)

MUSCULOESQUELÉTICO (Musculoskeletal)

- ☐ Artritis – Articulaciones (Arthritis – Joints)
- ☐ Artritis – Espalda (Arthritis – Back)
- ☐ Problemas de los discos – Espalda (Disc problems – Back)
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Gota (Gout)
- ☐ Venas varicosas (Varicose veins)

PSICOLÓGICO (Psychological)

- ☐ Depresión (Depression)

OJOS (Eyes)

- ☐ Glaucoma
- ☐ Ceguera (Blindness)
- ☐ Cataratas (Cataracts)

OTRO (Other)

- ☐ Lupus
- ☐ Estafilococo Aureus resistente a la meticilina (MRSA)

☐ _____

CÁNCER

- ☐ Tipo (Type): _____
- ☐ Fecha (Date): _____

Antecedentes Quirúrgicos: Por favor incluya la fecha. (Past Surgical History)

- | | |
|---|---|
| ☐ Apéndice (Appendix) _____ | ☐ Histerectomía (Útero) _____
(Hysterectomy (Uterus)) |
| ☐ Espalda (Disco) (Back (Disc)) _____ | ☐ Vesícula Biliar (Gallbladder) _____ |
| ☐ Cesárea (C-Section) _____ | ☐ Amígdalas (Tonsils) _____ |
| ☐ Cirugía de Revascularización Cardíaca (Heart bypass) | ☐ Otro (Other) _____ |
| ☐ Hernia _____ | _____ |

Alergias Médicas: Por favor incluya la reacción. (Medication Allergy)

Antecedentes Médicos Familiares: Por favor anote problemas médicos; no incluya nombres. (Family Medical History)

Padre (Father) _____

Madre (Mother) _____

Abuelo (Grandfather) _____

Abuela (Grandmother) _____

Hermano (Brother) _____

Hermana (Sister) _____

Antecedentes de Tipo Social: (Social History)

Estado Civil (Marital Status): ☐ Casado/a (Married) ☐ Soltero/a (Single)
☐ Viudo/a (Widowed) ☐ Divorciado/a (Divorced)

Trabajo Actual (Current Employment): _____

Jubilado (Retired): ☐ Sí (Yes) ☐ No

Uso de Tabaco/Nicotina (Tobacco/Nicotine Use):
☐ Ninguno (None) ☐ Cigarrillos (Cigarettes) ☐ Puros (Cigars) ☐ Pipa (Pipes)
☐ Cigarrillo electrónico (Vaping)
Cajetillas por Día (PPD): _____ No. Años (No. Years): _____

Fecha en que lo dejó (Quit Date): _____

Consumo de Alcohol (Alcohol Use): ☐ Sí (Yes) ☐ No
Cantidad (Amount): _____

¿Está dispuesto a recibir hemoderivados? ☐ Sí (Yes) ☐ No
(Will you accept blood products)

Actividad Física (Physical Activity):
☐ Regularmente (Regularly) ☐ Ocasional (Occasionally) ☐ Rara vez (Rarely)
Tipo de actividad (Type of activity): _____

Revisión de Síntomas: Usted padece de o alguna vez ha sido tratado por (marque todos los que aplican) (Review of Symptoms)

CABEZA/OJOS/OIDOS/NARIZ/GARGANTA (HEENT, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) (HEENT)
☐ Dolor de cabeza frecuente (Frequent headache)
☐ Cambios en la visión (Change in vision)
☐ Mareo (Dizziness)
☐ Cambio en la audición (Change in hearing)
☐ Zumbido en los oídos (Ringing in ears)

CARDÍACO (Cardiac)
☐ Dolor en el pecho (Chest pain)
☐ Pulso acelerado (Racing pulse)
☐ Hinchazón de las piernas (Leg swelling)
☐ Sensación de desmayo (Lightheadedness)

PULMONAR (Pulmonary)
☐ Falta de Aire (Shortness of breath)
☐ en reposo (at rest) ☐ con ejercicio (with exertion)
☐ Tos (Cough)
☐ Sibilancia (Wheezing)

GASTROINTESTINAL
☐ Náusea / Vómito (Nausea/Vomiting)
☐ Dificultad para tragar (Difficulty swallowing)
☐ Indigestión
☐ Diarrea (Diarrhea)
☐ Estreñimiento (Constipation)
☐ Sangre en las heces (Blood in stool)

GENITOURINARIO (Genitourinary)
☐ Sangre en la orina (Blood in urine)
☐ Dolor al orinar (Painful urination)
☐ Micción Nocturna (Night time urination)
☐ Incontinencia (Incontinence)

MUSCULOESQUELÉTICO (Musculoskeletal)
☐ Debilidad muscular (Muscle weakness)
☐ Dolor en las articulaciones (Joint pain)
☐ Inflamación en las articulaciones (Joint swelling)
☐ Dolor de espalda (Back pain)

GENERAL
☐ Fiebre o escalofríos (Fever/chills)
☐ Pérdida/aumento de peso (Weight loss/gain)
☐ Sudores nocturnos (Night sweats)
☐ Tiene más calor de lo normal (Hotter than usual)
☐ Tiene más frío de lo normal (Colder than usual)
☐ Se le forman moretones fácilmente (Easy bruising)
☐ Sangra fácilmente (Easy bleeding)
☐ Somnolencia de día (Daytime sleepiness)
☐ Ronquido (Snoring)
☐ Se despierta de noche (Waking up at night)
☐ Sarpullido (Rash)

SENOS (Breast)
☐ Protuberancias (Lumps)
☐ Secreción del Pezón (Nipple discharge)
☐ Dolor (Pain)
☐ Sensibilidad (Tenderness)

ÚNICAMENTE PARA EL USO DEL CONSULTORIO (FOR OFFICE USE ONLY)

Physical Exam
Height _____ Weight _____ BMI _____ BP _____ HR _____
General: ☐ WNL _____ Neck: ☐ WNL _____ Lungs: ☐ WNL _____ Ext: ☐ WNL _____
HEENT: ☐ WNL _____ Heart: ☐ WNL _____ Abd: ☐ WNL _____