

Lexington Medical Park 2
146 East Hospital Drive, Sala 200
West Columbia, SC 29169



A Lexington Medical Center Physician Practice

teléfono: (803) 936-7530
fax: (803) 936-7532

Lexington-ENT.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Patient Information)

Nombre del Paciente (Patient Name): _____

Fecha (Date): _____

REVISIÓN DE SÍNTOMAS (Review of Symptoms)

¿ACTUALMENTE tiene alguno de los siguientes síntomas?

1. General:

Fiebre (Fever) ☐ Sí (Yes) ☐ No
Escalofríos (Chills) ☐ Sí (Yes) ☐ No
Sudoración (Sweats) ☐ Sí (Yes) ☐ No

2. Ojos (Eyes):

Pérdida de visión repentina
(Sudden Loss of Vision) ☐ Sí (Yes) ☐ No
Cambios en la visión
(Changes in Vision) ☐ Sí (Yes) ☐ No
Dolor en los Ojos (Eye pain) ☐ Sí (Yes) ☐ No

3. Oídos, Nariz, Garganta (Ear, Nose, Throat):

Tinnitus ☐ Sí (Yes) ☐ No
Dificultad para tragar
(Difficulty swallowing) ☐ Sí (Yes) ☐ No
Dolor al tragar
(Painful swallowing) ☐ Sí (Yes) ☐ No
Pérdida de audición (Hearing loss) ☐ Sí (Yes) ☐ No

4. Cardiovascular:

Dolor en el pecho (Chest pain) ☐ Sí (Yes) ☐ No

5. Respiratorio (Respiratory):

Falta de aire (Shortness of breath) ☐ Sí (Yes) ☐ No
Dificultad para respirar
(Difficulty breathing) ☐ Sí (Yes) ☐ No

6. Gastrointestinal:

Síntomas de Reflujo Gástrico
(Reflux symptoms) ☐ Sí (Yes) ☐ No
Dolor estomacal (Stomach pain) ☐ Sí (Yes) ☐ No

7. Alergias (Allergies):

Constipación/Secreción Nasal
(Nasal Congestion/Drainage) ☐ Sí (Yes) ☐ No
Ojos llorosos/picor en los ojos (Itchy watery eyes) ☐ Sí (Yes) ☐ No
Estornudos (Sneezing) ☐ Sí (Yes) ☐ No
Infecciones frecuentes de los
senos paranasales (Frequent sinus infections) ☐ Sí (Yes) ☐ No

8. Endocrino (Endocrine):

Problemas de Tiroides (Thyroid problems) ☐ Sí (Yes) ☐ No
Baja Actividad Tiroidea (Under-active thyroid) ☐ Sí (Yes) ☐ No
Nódulos en la Tiroides (Thyroid nodules) ☐ Sí (Yes) ☐ No
Ganglios Linfáticos Inflamados o Agrandados
(Enlarged or swollen lymph nodes) ☐ Sí (Yes) ☐ No
Trastornos Sanguíneos (Bleeding problems) ☐ Sí (Yes) ☐ No

9. Neurológico (Neurological):

Dolor de Cabeza (Headache) ☐ Sí (Yes) ☐ No
Migrañas (Migraine) ☐ Sí (Yes) ☐ No

10. Integumentario (Integumentary):

Brotes y/o Sarpullido
(Skin rashes and/or Outbreaks) ☐ Sí (Yes) ☐ No

11. Uso de Tabaco (Tobacco use):

☐ Sí (Yes) ☐ No

12. Uso Previo de Tabaco:

(Former tobacco use) ☐ Sí (Yes) ☐ No

13. Consumo de Alcohol (Alcohol use):

☐ Sí (Yes) ☐ No

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente (Patient Name):

Fecha de Nacimiento (Date of birth):

Médico que le Remitió (Referring Physician):

Fecha de la visita (Date of visit):

Alergias a medicamentos (Medication Allergies):

Farmacia de preferencia (Preferred Pharmacy):

Teléfono de la farmacia (Pharmacy Phone Number):

Dirección de la Farmacia (Pharmacy Address):

¿Cuál es el motivo de su visita hoy? (What is the reason you are here today)

¿En qué ha consistido el tratamiento del problema hasta ahora? (How has this problem been treated so far)

¿Le han hecho algunas pruebas? (Have you had any testing done yet)

☐ Tomografía Axial Computarizada (CT Scan)

☐ Imagen de Resonancia Magnética (MRI)

☐ Prueba de Alergias (Allergy Test)

☐ Examen de Audición (Hearing Test)

ANTECEDENTES MÉDICOS/QUIRÚRGICOS (¿Ha padecido de alguno de lo siguiente?): (Past Medical/Surgical History)

ANTECEDENTES MÉDICOS (Medical History)

☐ Ninguno (None)

☐ Enfermedad Cardíaca (Heart disease)

Fecha (Date):

☐ Diabetes

Fecha (Date):

☐ Hepatitis

Fecha (Date):

☐ Dolores de cabeza (Headaches)

Fecha (Date):

☐ Ataque Cerebrovascular (Stroke)

Fecha (Date):

☐ VIH/SIDA (HIV/AIDS)

Fecha (Date):

☐ Cáncer

Fecha (Date):

☐ Trastornos Sanguíneos (Bleeding disorder)

Fecha (Date):

☐ Asma (Asthma)

Fecha (Date):

☐ Depresión (Depression)

Fecha (Date):

☐ Cálculos renales (Kidney stones)

Fecha (Date):

☐ Transfusiones de sangre (Blood transfusions)

Fecha (Date):

☐ Reflujo Gástrico/Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico (GERD/Reflux)

Fecha (Date):

☐ Radioterapia (Radiation therapy)

Fecha (Date):

☐ Enfermedad de la Tiroides (Thyroid disease)

Fecha (Date):

☐ Alergias estacionales (Seasonal allergies)

Fecha (Date):

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS (Surgical History)

☐ Ninguno (None)

☐ Válvula del corazón (Heart valve)

Fecha (Date):

☐ Cateterismo Cardíaco (Cardiac cath.)

Fecha (Date):

☐ Angioplastia/Stent (Angioplasty/Stent)

Fecha (Date):

☐ Cirugía Cardíaca (Cardiac surgery)

Fecha (Date):

☐ Colocación de tubos en los oídos (Ear tubes)

Fecha (Date):

☐ Cirugía cosmética (Cosmetic surgery)

Fecha (Date):

☐ Cirugía de Cataratas (Cataract surgery)

Fecha (Date):

☐ Cirugía del oído (Ear surgery)

Fecha (Date):

☐ Septoplastia (Septoplasty)

Fecha (Date):

☐ Cirugía de Tiroides (Thyroid surgery)

Fecha (Date):

☐ Cirugía de los Senos Paranasales (Sinus surgery)

Fecha (Date):

☐ Amigdalectomía (Tonsillectomy)

Fecha (Date):

☐ Adenoidectomía (Adenoidectomy)

Fecha (Date):

☐ Cirugía de Cuello (Neck surgery)

Fecha (Date):

Otras enfermedades (Other illnesses):

Otras cirugías (Other surgeries): _____

¿Alguna vez ha recibido inyecciones para las alergias? (Have you ever been on allergy shots) ☐ Sí (Yes) ☐ No

Si contestó que sí, ¿le ayudaron a controlar sus síntomas? (If yes, did they help your symptoms) ☐ Sí (Yes) ☐ No

¿Toma actualmente algún medicamento? ☐ Sí (Yes) ☐ No (Si contestó que sí, por favor enumere los medicamentos abajo)					
(Do you currently take any medications)					
MEDICAMENTO (Medication)	DOSIS (Dose)	¿Con qué frecuencia? (How often)	MEDICAMENTO (Medication)	DOSIS (Dose)	¿Con qué frecuencia? (How often)

Firma del paciente (Patient Signature): _____

Fecha (Date): _____