

**INFORMACION PARA SU MEDICO**

FECHA DE HOY \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

**I. QUEJA PRINCIPAL**

ESCRIBA LA RAZON POR LA CUAL VIENE A VER AL DOCTOR HOY \_\_\_\_\_

CUANDO EMPEZARON ESTOS SINTOMAS? \_\_\_\_\_

HA VISTO A UN NEUROLOGO ANTERIORMENTE? **SI O NO**

CUAL ES EL NOMBRE DEL NEUROLOGO QUE VIO ANTERIORMENTE? \_\_\_\_\_

VIENE A VER AL MEDICO DEBIDO A UN ACCIDENTE DE VEHICULO DE MOTOR? **SI O NO**

VIENE A VER AL MEDICO DEBIDO A UN ACCIDENTE DE TRABAJO? **SI O NO**

CUAL ES LA FECHA DEL ACCIDENTE? \_\_\_\_\_

**II. HISTORIAL MEDICO      HAGA UN CIRCULO A CADA CONDICION QUE HAYA TENIDO.**

SIDA	ENFERMEDAD DEL CORAZON	ENFERMEDAD DE MUSCULOS/NERVIOS
ASMA	HEPATITIS	PALPITACIONES
DEFICIENCIA DE ATENCION	VIH POSITIVO	PULMONIA/NEUMONIA
TENDENCIA A SANGRAR	PRESION ARTERIAL ELEVADA	ARTRITIS REUMATOIDE
CANCER	ENFERMEDAD DEL RINON	CORTO DE RESPIRACION
DIABETES	ENFERMEDAD DEL HIGADO	DERRAME/ATAQUE CEREBRAL/EMBOLIA
GLAUCOMA	LUPUS	SIFILIS
DOLOR DE CABEZA	ENFERMEDAD MENTAL	PROBLEMAS DE TIROIDE
ATAQUE DE CORAZON		

OTROS \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

**PARA PACIENTES MENORES DE 18 ANOS, COMPLETE EL SIGUIENTE HISTORIAL PEDIATRICO:**

NACIO A LOS 9 MESES? **SI O NO**      POR:      PARTO VAGINAL      CESAREA

SI NACIO PREMATURO, A LAS CUANTAS SEMANAS DE GESTACION? \_\_\_\_\_

A QUE EDAD CAMINO? \_\_\_\_\_ HAY HISTORIAL DE DIFICULTAD DE APRENDIZAJE? **SI O NO**

**III. HISTORIAL QUIRURGICO.      HA TENIDO CIRUGIAS O OPERACIONES QUIRURGICAS? **SI O NO****

1 LISTE LA OPERACION Y EL AÑO \_\_\_\_\_

2 LISTE LA OPERACION Y EL AÑO \_\_\_\_\_

3 LISTE LA OPERACION Y EL AÑO \_\_\_\_\_

4 LISTE LA OPERACION Y EL AÑO \_\_\_\_\_

5 LISTE LA OPERACION Y EL AÑO \_\_\_\_\_

6 LISTE LA OPERACION Y EL AÑO \_\_\_\_\_

HA ESTADO HOSPITALIZADO SIN REQUERIR CIRUGIA? **SI O NO**

EXPLIQUE \_\_\_\_\_

EXPLIQUE \_\_\_\_\_

EXPLIQUE \_\_\_\_\_

HA TENIDO GOLPES FUERTES, ROTURA DE HUESOS, ETC.? **SI O NO**

EXPLIQUE \_\_\_\_\_

EXPLIQUE \_\_\_\_\_

HA RECIBIDO TRANFUSION DE SANGRE ? **SI O NO**

FECHA(S) \_\_\_\_\_

USA NORMALMENTE SU MANO DERECHA O IZQUERDA? **IZQUIERDA DERECHA**

HISTORIAL DE MENSTRUACION;

FECHA DE SU ULTIMA MENSTRUACION \_\_\_\_\_ CICLO ES: **REGULAR IRREGULAR**

TOMA PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS? **SI O NO**

**IV. ENFERMEDADES DE LA NIÑEZ Haga un círculo a las que haya tenido**

ASMA SARAMPION POLIO FIEBRE ESCARLATINA  
VARICELA PAPERAS FIEBRE REUMATICA OTRAS \_\_\_\_\_

**V. HISTORIAL SOCIAL**

EDAD \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

RAZA, NACIONALIDAD, ORIGEN ETNICO \_\_\_\_\_

(POR ENFERMEDADES HEREDITARIAS)

EDUCACION \_\_\_\_\_ EDAD AL COMPLETAR \_\_\_\_\_

(NIVEL MAS ALTO ALCANZADO) \_\_\_\_\_

OCUPACION \_\_\_\_\_

CUANTO TIEMPO EN ESTE TIPO DE TRABAJO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE SOLTERA \_\_\_\_\_

DONDE Y CUANDO HA VIVIDO O VIAJADO FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

CAFEINA TOMA BEBIDAS QUE CONTIENEN CAFEINA? **SI O NO**

USO: **MINIMO MODERADO FUERTE**

CANTIDAD DIARIA \_\_\_\_\_

TABACO USA TABACO AHORA? **SI O NO**

EN EL PASADO **SI O NO**

HAGA UN CIRCULO A LA RESPUESTA CORRECTA.

**DEJE HACE POCO DEJE HACE VARIOS ANOS DEJE HACE MUCHOS ANOS**

TIPO DE TABACO: **CIGARRILLOS CIGARROS PIPA MASCADURA MOLIDO**

CANTIDAD DIARIA \_\_\_\_\_

CUANTOS ANOS DE USO \_\_\_\_\_

ALCOHOL TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS **SI O NO**

TOMABA ANTERIORMENTE **SI O NO**

CANTIDAD SEMANAL \_\_\_\_\_

DROGAS ILEGALES USA DROGAS RECREACIONALES O ILEGALES? **SI O NO**

TIPO \_\_\_\_\_

HA USADO DROGAS EN EL PASADO? **SI SI O NO**

TIPO \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MATRIMONIAL**

CASADO **SI O NO**  
CUANTO TIEMPO LLEVA DE CASADO \_\_\_\_\_  
DIVORCIADO **SI O NO**  
1 AÑO EN QUE SE CASO ANTERIORMENTE  
CUANTO TIEMPO DURO ESTE MATRIMONIO \_\_\_\_\_  
2 AÑO EN QUE SE CASO ANTERIORMENTE  
CUANTO TIEMPO DURO ESTE MATRIMONIO \_\_\_\_\_  
SOLTERO (A) (NUNCA CASADO) **SI O NO**  
VIUDO (A) **SI O NO**

**HISTORIAL SEXUAL**

ESTA ACTIVO (A) SEXUALMENTE? **SI O NO**  
CON CUANTAS PERSONAS HA TENIDO SEXO EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS? \_\_\_\_\_  
TIENE SEXO SIN PROTECCION? **SI O NO**

**DIRECTIVA MEDICA ANTICIPADA**

TIENE USTED UNA DIRECTIVA MEDICA ANTICIPADA EN CASO DE INCAPACIDAD? **SI O NO**

**EJERCICIO: HAGA UN CIRCULO A LA CONTESTACION CORRECTA**

NINGUNO  
EJERCICIO    MINIMO            A MENUDO                            REGULARMENTE  
CUANTAS VECES EJERCITA POR SEMANA \_\_\_\_\_

**DIETA HAGA UN CIRCULO A TODA CONTESTACION CORRECTA**

NINGUN REGIMEN                            BAJA EN SAL                            BAJA EN AZUCAR    DIETA PARA REBAJAR  
DIABETICO                                    BAJA EN GRASAS                            VEGETARIANA

**MEDIDAS DE SEGURIDAD**

TIENE ARMAS DE FUEGO EN SU CASA? **SI O NO**  
USA EL CINTURON DE SEGURIDAD EN VEHICULOS MOTORIZADOS? **SI O NO**  
HA ESTADO EXPUESTO A SUBSTANCIAS TOXICAS? **SI O NO**

**VI. HISTORIAL FAMILIAR HAGA UN CIRCULO A CADA CONDICION TENIDA POR UN FAMILIAR DE SANGRE**

DESCONOCIDA	DOLOR DE CABEZA	ENFERMEDAD DEL PULMON
ALERGIAS	ENFERMEDAD DEL CORAZON	ANEMIA PREPONOCITICA (SICKLE CELL)
ASMA	PRESION ARTERIAL ALTA	DERRAME/ATAQUE CEREBRAL/EMBOLIA
TENDENCIA A SANGRAR	ENFERMEDAD DEL RINON	ENFERMEDAD DE TIROIDE
CANCER	ENFERMEDAD MENTAL	TUBERCULOSIS
DEMENTIA/PERDIDA MEMORIA	ESCLEROSIS MULTIPLE	OTRAS _____
DIABETES	ENFERMEDAD MUSCULOS/NERVIOS	

**FAVOR DE DAR LA SIGUIENTE INFORMACION SOBRE SUS FAMILIARES DE SANGRE.**

**PADRE**    VIVE?    **SI O NO**  
SI VIVE, QUE EDAD TIENE? \_\_\_\_\_  
LISTE LAS ENFERMEDADES DE SU PADRE \_\_\_\_\_  
SI MURIO, CUAL FUE LA CAUSA DE SU MUERTE \_\_\_\_\_  
QUE EDAD TENIA CUANDO MURIO \_\_\_\_\_

**MADRE**    VIVE?    **SI O NO**  
SI VIVE, QUE EDAD TIENE? \_\_\_\_\_  
LISTE LAS ENFERMEDADES DE SU MADRE \_\_\_\_\_  
SI MURIO, CUAL FUE LA CAUSA DE SU MUERTE? \_\_\_\_\_  
QUE EDAD TENIA CUANDO MURIO? \_\_\_\_\_

HERMANOS NUMERO DE HERMANOS \_\_\_\_\_ NUMERO DE HERMANAS \_\_\_\_\_

LISTE LAS ENFERMEDADES DE SUS HERMANOS Y HERMANAS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HIJOS NUMERO DE VARONES \_\_\_\_\_ NUMERO DE HEMBRAS \_\_\_\_\_

LISTE LAS ENFERMEDADES IMPORTANTES QUE HAN TENIDO SUS HIJOS E HIJAS. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VII. MEDICAMENTOS NOMBRE O IDENTIFIQUE LOS QUE USA O HA USADO ANTERIORMENTE**

(INSERTE MEDICAMENTOS EN LA "PAGINA DE RESUMEN, ALERGIAS DEL PACIENTE")

MEDICAMENTO	POTENCIA (# MGS.)	FRECUENCIA (#VECES AL DIA)
1 _____ EN USO SI O NO	_____	_____
2 _____ EN USO SI O NO	_____	_____
3 _____ EN USO SI O NO	_____	_____
4 _____ EN USO SI O NO	_____	_____
5 _____ EN USO SI O NO	_____	_____
6 _____ EN USO SI O NO	_____	_____
7 _____ EN USO SI O NO	_____	_____
8 _____ EN USO SI O NO	_____	_____
9 _____ EN USO SI O NO	_____	_____
10 _____ EN USO SI O NO	_____	_____
11 _____ EN USO SI O NO	_____	_____
12 _____ EN USO SI O NO	_____	_____

**VIII. ALERGIAS CUALES MEDICAMENTOS LE PRODUCEN ALERGIAS O SENSITIVIDAD**

(INSERTE ALERGIAS EN LA "PAGINA DE RESUMEN, ALERGIAS DEL PACIENTE")

- 1 MEDICINA/SUBSTANCIA \_\_\_\_\_  
EXPLIQUE REACCION \_\_\_\_\_
- 2 MEDICINA/SUBSTANCIA \_\_\_\_\_  
EXPLIQUE REACCION \_\_\_\_\_
- 3 MEDICINA/SUBSTANCIA \_\_\_\_\_  
EXPLIQUE REACCION \_\_\_\_\_
- 4 MEDICINA/SUBSTANCIA \_\_\_\_\_  
EXPLIQUE REACCION \_\_\_\_\_
- 5 MEDICINA/SUBSTANCIA \_\_\_\_\_  
EXPLIQUE REACCION \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_