

# **INFORMACION PARA SU MEDICO**

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

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

## **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? \_\_\_\_\_

QUIEN ES TU MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA? \_\_\_\_\_

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. INFORMACION DEL PACIENTE**

EDAD \_\_\_\_\_

ALTURA \_\_\_\_\_

PESO \_\_\_\_\_

## **III. 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 \_\_\_\_\_

**ENFERMEADES DE LA NINEZ HAGA UN CIRCULO A LAS QUE HAYA TENIDO**

ASMA	SARAMPION	POLIO	FIEBRE ESCARLATINA
VARICEL	PAPERAS	FIEBRE REUMATICA	OTRAS _____

## **IV. ALERGIAS CUALES MEDICAMENTOS LE PRODUCEN ALERGIAS O SENSITIVIDAD**

- 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 \_\_\_\_\_

## **V. HISTORIAL FAMILIAR H/ HAGA UN CIRCULO A CADA CONDICION TENIDA POR UN FAMILIAR DE SANGRE**

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

OTRAS \_\_\_\_\_

**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. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VI. 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**

SOLTERO (A) (NUNCA CASADO) **SI O NO**

VUIDO (A) **SI O NO**

**HISTORIAL SEXUAL**

ESTA ACTIVO (A) SEXUALMENTE? **SI O NO**

CON CUANTAS PERSONAS HA TENIDO SEXO EN LOS ULTIMOS 2 ANOS? \_\_\_\_\_

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

CUANTAS VECES EJERCITA POR SEMANA \_\_\_\_\_

REGULARMENTE

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

NINGUN REGIMEN  
DIABETICO

BAJA EN SAL  
BAJA EN GRASAS

BAJA EN AZUCAR  
VEGETARIANA

DIETA PARA REBAJAR

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

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	_____	_____

USA NORMALMENTE SU MANO DERECHA O IZQUERD

**IZQUIERDA**

**DERECHA**

HISTORIAL DE MENSTRUACION;

FECHA DE SU ULTIMA MENSTRUACION \_\_\_\_\_ CICLO ES:

REGULAR

IRREGULAR

TOMA PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS? **SI O NO**

NÚMERO DE EMBARAZOS \_\_\_\_\_

**VIII. 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) \_\_\_\_\_

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