

INFORMACION PARA SU MEDICO

PT# _____

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 ATENCION 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 | CONVULSIONES |
| DOLOR DE CABEZA | ENFERMEDAD MENTAL | SIFILIS |
| ATAQUE DE CORAZON | | PROBLEMAS DE TIROIDE |

OTROS _____

OTROS _____

ENFERMEDADES 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 MEDICIINA/SUBSTANCIA _____
EXPLIQUE REACCION _____

V. HISTORIAL FAMILIAR HAG

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
DEMENTIA/PERDIDA MEMORIA	ESCLEROSIS MULTIPLE	TEMBLORES
DIABETES	ENFERMEDAD MUSCULOS/NERVIOS	TUBERCULOSIS

OTROS _____

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

LUGAR DE NACIMIENTO _____
 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 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

1 MEDICAMENTO		POTENCIA (# MGS.)	FRECUENCIA (#VECES AL DIA)
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	_____	_____
EN USO	SI O NO	_____	_____

HISTORIAL DE MENSTRUACION: (SOLO PARA MUJERES)

FECHA DE SU ULTIMA MENSTRUACION _____ CICLO ES: REGULAR IRREGULAR

TOMA PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS? SI O NO

ESTAS EMBARAZADA? 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 _____