

**INFORMACION PARA SU MEDICO**

Pt. # \_\_\_\_\_

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

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

EDAD \_\_\_\_\_

**I. QUEJA PRINCIPAL**

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

\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**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 LESIONES FUEI GOLPES FUERTES, ROTURA DE HUESOS, ETC.? **SI O NO**

EXPLIQUE \_\_\_\_\_  
EXPLIQUE \_\_\_\_\_

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

FECHA(S) \_\_\_\_\_ **IZQUIERDA** **DERECHA**

USA NORMALMENTE SU MANO DERECHA O IZQUERDA? **DERECHO** **IZQUIERDO**

HISTORIAL DE MENSTRUACION;

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

TOMA PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS? **SI O NO**

**IV. ENFERMEDADES DE LA NINEZ HAGA UN CIRNINEZ HAGA UN CIRCULO A LAS QUE HAYA TENIDO**

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

**VI. HISTORIAL SOCIAL**

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

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

(POR ENFERMEDADES HEREDITARIAS)

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

(highest lev (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 U\$ 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 \_\_\_\_\_ **SI O NO**  
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**  
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**

**V. 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 PA(POTENCIA (# MGS.) FRECUENCIA (#VECES AL DIA)

**MEDICAMENTO**

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 \_\_\_\_\_