

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Hombre _____ Mujer _____ Doctor Familiar o de Cabeecera _____

Doctor Especialista (si no es el Dr. Familiar o de Cabeecera) _____

HISTORIAL DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Síntoma del día de hoy: _____

ALERGIAS:

Medicinas _____

Productos de contacto dermatológico:

Cinta Adhesiva Si No

Betadine Si No

Látex Si No

Alimentos: Mariscos Si No

HISTORIA FAMILIAR:

Enfermedades vasculares	Si	No
Cáncer:		
Senos	Si	No
Colon	Si	No
Pulmón	Si	No
Melanoma	Si	No
Piel	Si	No
Tiroides	Si	No
Enfermedad cardiopulmonar	Si	No
Diabetes	Si	No
Enfermedad del corazón	Si	No
Presión alta	Si	No
Alto nivel de colesterol	Si	No
Fallo renal	Si	No
Convulsiones	Si	No
Embolia cerebral	Si	No

HISTORIAL QUIRURGICO PREVIO

Abdominal		
Apendectomía	Si	No
Resección del intestino	Si	No
Extirpación de la vesícula biliar	Si	No
Resección del hígado	Si	No
Resección pancreática	Si	No
Oído, Nariz y Garganta		
Cirugía del sinus	Si	No
Amigdalectomía	Si	No
Traqueostomía	Si	No
Ginecología		
Histerotomía abdominal	Si	No
Extirpación de trompas y ovarios	Si	No
Histerotomía vaginal	Si	No
Corazón		
Injerto de venas	Si	No
Marcapasos	Si	No
Implante de la cánula	Si	No
Reemplazo de válvula	Si	No
Hernia		
Ingle	Si	No
Hiato	Si	No
Incisión	Si	No
Ombbligo	Si	No
Obstétrico		
Cesárea	Si	No
Ligamento de trompas	Si	No
Ortopédico		
Tiene alguna varilla metálica en las piernas	Si	No
Reemplazo total de la cadera	Si	No
Reemplazo total de la rodilla	Si	No
Reemplazo total del hombro	Si	No
Torácico		
Resección Esofágica	Si	No
Resección pulmonar	Si	No
Vascular		
Aneurisma		
Aorta abdominal	Si	No
Intracranal	Si	No
Aorta torácica	Si	No
Desviación de venas en la pierna	Si	No
Cirugía de la arteria carótida	Si	No

HISTORIA CLINICA PREVIA:

Artritis	Si	No
Asma	Si	No
Tendencia a sangrar	Si	No
	Si afirmativo, de qué tipo? _____	
Coágulos de sangre	Si afirmativo, Piernas	Si No
	Pulmones	Si No
Cáncer	Si	No
	Si afirmativo, de qué tipo? _____	
Enfermedad cardiopulmonar	Si	No
Diabetes	Si	No
Ataque al corazón	Si	No
Hepatitis	Si	No
Presión alta	Si	No
Alto nivel de colesterol	Si	No
SIDA/VIH	Si	No
Fallo renal	Si	No
	Si afirmativo ¿está en Diálisis? Si No	
Hipertermia maligna	Si	No
Convulsiones	Si	No
Embolia Cerebral	Si	No

HISTORIAL SOCIAL:

Uso de drogas	Si	No
Toma bebidas alcoholicas	Si	No
Fuma	Si	No

MEDICINAS:

Por favor menciónelas: _____

¿ESTA EMBARAZADA?: Si No

REPASO POR APARATOS:

General

Fatiga Si No
 Fiebre Si No
 Aumento de peso > 10 libras Si No
 Aumento de peso < 10 libras Si No

Piel

Pérdida de pelo Si No
 Cambio de uñas Si No
 Prurito Si No
 Salpullido Si No
 Cambios de color de la piel Si No

Otorrinolaringología

Visión borrosa Si No
 Lesión de la cabeza Si No
 Pérdida de visión Si No
 Pérdida auditiva Si No
 Ronquera Si No
 Dolor de garganta Si No

Cuello

Masa del cuello Si No
 Glándulas inflamadas Si No

Respiratorio

Tos crónica Si No
 Dificultad al respirar Si No
 Tosferina Si No

Senos

Masa de los senos Si No
 Dolor de los senos Si No
 Inflamación de los senos Si No
 Flujo de los pezones Si No
 Cambios de la piel en los senos Si No

Cardiovascular

Dolor en el pecho Si No
 Palpitación Si No
 Hinchazón de las extremidades Si No

Digestivo

Dolor abdominal Si No
 Sangre en la defecación Si No
 Estreñimiento Si No
 Diarrea Si No
 Dificultad al tragar Si No
 Acidez Si No
 Indigestión Si No
 Náusea Si No
 Vómito Si No

Genitourinario:

Hombre:

Sangre en la orina Si No
 Cambio en el chorro urinario Si No
 Incontinencia Si No
 Dolor al urinar Si No
 Masa testicular Si No
 Dolor testicular Si No

Mujer:

Sangre en la orina Si No
 Flujo o secreción Si No
 Incontinencia Si No
 Dolor al urinar Si No
 Sangrado vaginal Si No

Músculo-esquel:

Dolor en la espalda Si No
 Dolor en las articulaciones Si No
 Rigidez en las articulaciones Si No
 Inflamación en las articulaciones Si No
 Debilidad muscular Si No

Neurológico:

Dolor de cabeza Si No
 Convulsiones Si No
 Embolia Si No
 Debilidad en las extremidades Si No

Siquiátrico:

Ansiedad Si No
 Depresión Si No
 Ataques de pánico Si No

Endocrino:

Sed excesiva Si No
 Problemas en la tiroides Si No

Hematología:

Coágulos de sangre Si No
 Facilidad de tener moretones Si No
 Ganglios linfáticos engrandados Si No
 Sangrado prolongado Si No