

Historial médico y de salud física

A. A continuación, indique sus problemas médicos actuales o pasados y proporcione los detalles solicitados:

SISTÉMICO	
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/> Fatiga
<input type="checkbox"/> Aumento de peso reciente	<input type="checkbox"/> Fiebre o temblores recientes
<input type="checkbox"/> Falta de apetito	<input type="checkbox"/> Problemas para dormir
EENT (OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA)	
<input type="checkbox"/> Anteojos o lentes de contacto	<input type="checkbox"/> Pérdida de audición
<input type="checkbox"/> Cambio en la visión reciente	<input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos
<input type="checkbox"/> Visión borrosa o doble	<input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio
<i>Fecha del último examen oftalmológico:</i>	<input type="checkbox"/> Dolor o secreción en los oídos
<input type="checkbox"/> Sangrado de nariz	<input type="checkbox"/> Problemas odontológicos
<input type="checkbox"/> Congestión o secreción nasal	<input type="checkbox"/> Problemas o sangrado de encías
<input type="checkbox"/> Problemas sinusales	<input type="checkbox"/> Llagas en la boca
	<input type="checkbox"/> Dolor de garganta reciente
	<input type="checkbox"/> Dificultad para tragar
	<i>Fecha del último examen odontológico:</i>
RESPIRATORIO	CARDIOVASCULAR
<input type="checkbox"/> Tos crónica	<input type="checkbox"/> Dolor o presión en el pecho
<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria o jadeo	<input type="checkbox"/> Palpitaciones (latidos omitidos)
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco anormal
<input type="checkbox"/> Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Soplo del corazón
<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco, <i>especificar la fecha:</i>
<input type="checkbox"/> Bronquitis, <i>especificar la fecha:</i>	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta
<input type="checkbox"/> Neumonía, <i>especificar la fecha:</i>	<input type="checkbox"/> Colesterol elevado
<input type="checkbox"/> Tuberculosis, <i>especificar la fecha:</i>	<input type="checkbox"/> Hinchazón de las piernas o los pies
	<input type="checkbox"/> Coágulo sanguíneo
ABDOMINAL	GENITOURINARIO
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Dolor al orinar
<input type="checkbox"/> Náuseas o vómitos	<input type="checkbox"/> Urgencia o frecuencia
<input type="checkbox"/> Frecuente ardor estomacal o indigestión	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina
<input type="checkbox"/> Úlcera	<input type="checkbox"/> Incontinencia
<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Frecuente infección del tracto urinario
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Cálculos renales
<input type="checkbox"/> Incontinencia	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal
<input type="checkbox"/> Sangre en las heces o sangrado rectal	<input type="checkbox"/> Disfunción sexual
<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Sexualmente activo/a
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar	<i>Método de control anticonceptivo:</i>
PARA HOMBRES	PARA MUJERES
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la próstata	<input type="checkbox"/> Embarazada o intentando concebir
<i>Otros problemas:</i>	<i>Primer día del último período menstrual:</i>
	<input type="checkbox"/> Sangrado menstrual abundante o irregular
	<input type="checkbox"/> Sofocos
	<input type="checkbox"/> Sangrado entre períodos menstruales
	<input type="checkbox"/> Sequedad vaginal
	<input type="checkbox"/> Cólicos graves
	<input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou anormal
	<i>Prueba de Papanicolaou, fecha del último examen:</i>
	<i>Número de embarazos:</i>
	<i>Número de nacimientos a término (de 39 a 41 semanas):</i>

		<i>Número de nacimientos prematuros:</i>	
		<i>Abortos o pérdidas:</i>	
		<i>Hijos vivos:</i>	
MÚSCULO-ESQUELÉTICO		PIEL/SENOS	
<input type="checkbox"/> Dolor o hinchazón en las articulaciones		<input type="checkbox"/> Erupción cutánea, comezón	
<input type="checkbox"/> Dolor de espalda		<input type="checkbox"/> Herida	
<input type="checkbox"/> Artritis		<input type="checkbox"/> Cambio en el cabello o las uñas	
<input type="checkbox"/> Huesos fracturados o rotos, <i>enumerar:</i>		<input type="checkbox"/> Infección por SARM	
<input type="checkbox"/> Osteoporosis		<input type="checkbox"/> Sensibilidad o secreción mamaria	
<i>Enumerar los dispositivos de asistencia:</i>		<input type="checkbox"/> Tumor mamario	
NEUROLÓGICO			
<input type="checkbox"/> Frecuentes dolores de cabeza o migrañas		<input type="checkbox"/> Convulsiones, <i>especificar el tipo:</i>	
<input type="checkbox"/> Mareos		<i>Fecha de la última convulsión:</i>	
<input type="checkbox"/> Pérdida de la conciencia		<input type="checkbox"/> Concusión o lesión cerebral traumática (LCT), <i>especificar la fecha:</i>	
<input type="checkbox"/> Desorientación		<input type="checkbox"/> Ataque isquémico transitorio (AIT) o accidente cerebrovascular, <i>especificar la fecha:</i>	
<input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria		<input type="checkbox"/> Entumecimiento o debilidad muscular	
<input type="checkbox"/> Problema para caminar			
ENDOCRINO		HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO	
<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor o al frío		<input type="checkbox"/> Fácil sangrado o hematoma	
<input type="checkbox"/> Excesiva sed o apetito		<input type="checkbox"/> Anemia	
<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides		<input type="checkbox"/> Otros problemas hematológicos, <i>especificar:</i>	
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos inflamados	
ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO			
<input type="checkbox"/> Alergias ambientales		<input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune, <i>especificar:</i>	

B. Enumere los medicamentos y las dosis que se le estén recetando en la actualidad, la persona que se los recetó y la fecha en que se los recetó:

Medicamento:	Recetado por	Fecha:

C. Enumere cualquier procedimiento quirúrgico y la fecha o su edad al momento de la cirugía:

Cirugías:	Fecha:

D. Enumere los exámenes y los estudios de laboratorio o de diagnóstico por imágenes recientes:

Examen/Prueba:	Fecha:	Resultado:

E. Enumere cualquier otro problema de salud:

Problema:	Fecha de aparición:

F. Indique si entre sus familiares hay antecedentes de los siguientes problemas médicos; si han fallecido, enumere la enfermedad o la causa principal del fallecimiento; además, especifique si su(s) abuelo(s) o tío(s) son maternos o paternos:

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR							
	Edad	Enfermedad cardíaca	Accidente cerebrovascular	Diabetes	Cáncer	Enfermedad mental	Abuso de sustancias
Madre							
Padre							
Hermano/a							
Hermano/a							
Hermano/a							
Hermano/a							
Abuela (materna)							
Abuelo (materno)							
Abuela (paterna)							
Abuelo (paterno)							
Tía (materna)							
Tío (materno)							
Tía (paterna)							
Tío (paterno)							

ESTILO DE VIDA

¿Cuáles son las aficiones o las actividades sociales de las que disfruta?

Enumere los tipos de ejercicio o de actividad física regular:

Número de horas de sueño por noche:

Tengo dificultades para quedarme dormido/a Tengo dificultades para permanecer dormido

Tomo siestas durante el día. *¿Con qué frecuencia y durante cuánto tiempo?*

Suelo sentirme cansado, fatigado o somnoliento durante el día

Cafeína

¿Cuántas porciones de café, té, bebidas gaseosas con cafeína o bebidas energéticas bebe por día?

Nicotina

¿Número de cigarrillos/paquetes?

¿Con qué frecuencia?

Edad de inicio:

Alcohol

¿Cuántos tragos/copas?

¿Con qué frecuencia?

Edad de inicio:

Marihuana

Cliente n.º: _____

¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	Edad de inicio:
Enumere cualquier droga ilícita o medicamento no recetado que haya consumido recientemente		
¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	Edad de inicio:
¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	Edad de inicio:
¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	Edad de inicio:
Enumere cualquier droga ilícita o medicamento no recetado que haya probado en el pasado:		