

Fecha de hoy: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Doctor de atención primaria: _____

Doctor que deriva: _____ Otros doctores: _____

Farmacia preferida: _____ Laboratorio preferido: _____

¿Cuál es su ocupación? _____

¿Tiene algún obstáculo para el aprendizaje? Explique: _____

Consumidor de tabaco / Fumador:
 Actualmente Nunca Lo dejó en el pasado
 (fecha) _____
 Alcohol: Actualmente Nunca En el pasado
 Abuso de
 sustancias: Actualmente Nunca En el pasado
 Cafeína Actualmente Nunca En el pasado
 PICC / PORT: Sí No

Problemas actuales: _____

Alergias: _____

Antecedentes sociales: Raza: _____

Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a _____

Número de hijos: _____ Número de embarazos: _____

¿Se siente seguro/a en su actual entorno familiar? Sí No (Si respondió no, explique) _____

¿Tiene una directiva avanzada? (de ser así, explique) _____

Antecedentes familiares: Indique cualquier problema médico importante y/o causa de muerte o cambios desde la última visita

Familiar	Problema(s) médico(s) / Cáncer / Causa de la muerte, si procede
Madre	
Padre	
Abuela materna	
Abuelo materno	
Abuela paterna	
Abuelo paterno	
Hermana(s)	
Hermano(s)	
Hijos	
(Especifique si es M o F)	
(For Office Use Only)	
Temp: _____ BP: _____ Pulse: _____ Resp: _____ O2: _____ Height: _____ cm Weight: _____	



Antecedentes quirúrgicos: Indique las cirugías a las que se ha sometido, junto con la fecha en que se realizaron desde la última visita

Historial médico previo (Indique fechas). Actualice si ha habido algún cambio desde la última visita:

Anemia _____	Epilepsia _____	Otros trastornos de la tiroides _____
Artritis _____	Fibromialgia _____	Embolia pulmonar _____
Asma _____	Glaucoma _____	Tratamientos de radiación _____
Trastorno autoinmunitario _____	Gota _____	Fiebre reumática _____
Presión arterial alta _____	Ataque al corazón _____	Artritis reumatoide _____
Presión arterial-baja _____	Trastorno cardíaco _____	Fiebre escarlata _____
Cáncer (especifique el tipo) _____	Marcapasos cardíaco _____	Apnea del sueño _____
Quimioterapia _____	Hemofilia _____	Llagas de cicatrización lenta _____
EPOC _____	Hipertiroidismo _____	Accidente cerebrovascular _____
Depresión _____	Hipotiroidismo _____	Ninguno _____
Diabetes (tipo 1) _____	Riñón (Enfermedad renal) _____	Otro _____
Diabetes (tipo 2) _____	Enfermedades del hígado _____	
Trombosis venosa profunda (TVP) _____	Lupus _____	
Enfisema _____	Neuropatía _____	

Historial ginecológico

¿Está usted embarazada? Sí No NC ¿Cuándo tuvo su última menstruación? _____

Fecha del último examen manual de las mamas: _____

Fecha del último CA-125: _____ Resultados: _____

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____ Resultados: _____

Fecha de la última mamografía: _____ Resultados: _____

Fecha de la última colonoscopia: _____ Resultados: _____

Fecha del último diagnóstico por imagen (tomografía / ecografía, radiografía, etc.): _____

¿Ha sufrido alguna caída en los últimos 3 meses? Sí No Fecha de la última caída: _____

En una escala de 0 a 10, califique su dolor (encierre en un círculo):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin dolor Moderado Dolor insoportable

¿El dolor es reciente o crónico? Reciente Crónico Ubicación del dolor _____



Marque si tiene alguno de los siguientes síntomas, o marque "Sin síntomas"

General: Sin síntomas

- Fiebre
- Escalofríos
- Fatiga
- Malestar

Oído, nariz y garganta: Sin síntomas

- Dolor de cabeza
- Zumbidos en los oídos
- Sinusitis
- Cambios en la voz
- Dolor de oídos
- Sangrado de la nariz
- Cambios en la vista
- Dolor de cuello
- Llagas en la boca

Neurológico: Sin síntomas

- Adormecimiento
- Debilidad
- Problemas de equilibrio
- Convulsiones

Respiratorio: Sin síntomas

- Tos
- Dificultad para respirar en reposo
- Dificultad para respirar durante la actividad
- Falta de aire
- Sibilancias

Cardiovascular: Sin síntomas

- Dolor de pecho
- Hinchazón
- Palpitaciones
- Síncopes / desmayos

Urinario: Sin síntomas

- Flujo
- Sangrado anormal
- Dolor
- Sensación de ardor al orinar
- Frecuencia urinaria
- Sangre en la orina
- Dolor durante el coito

Trastornos de la sangre / hematología:

- Sin síntomas
- Le salen hematomas fácilmente
- Glándulas inflamadas
- Sangra con facilidad

Dermatológico: Sin síntomas

- Picazón
- Erupciones en la piel
- Lesiones
- Heridas

Inmunológico: Sin síntomas

- Asma
- Dermatitis de contacto

Musculoesquelético: Sin síntomas

- Dolor de espalda
- Dolor de huesos
- Debilidad muscular
- Artritis
- Dolor muscular

Psiquiátrico: Sin síntomas

- Depresión
- Ansiedad
- Falta de energía

Gastrointestinal: Sin síntomas

- Masa abdominal
- Dolor abdominal
- Eructos
- Hinchazón
- Sangre en las heces
- Cambio de hábitos intestinales
- Estreñimiento
- Diarrea
- Acidez estomacal
- Náuseas / Vómitos

Endocrino: Sin síntomas

- Intolerancia al frío o al calor
- Sofocos
- Sudores nocturnos
- Sed excesiva
- Cambio en el peso

ENUMERE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE

Nombre	Dosis	Frecuencia

